CALINOVICI CRALUCA

PROF. UNIV. DR. EMIL VERZA

TRATAT DE LOGOPEDIE

VOL. II

EDITURA SemnE

BUCUREŞTI, 2009

Redactori: *Emil Candel*
Culegere şi procesare computerizată:
Marilena Bratu, Valentina Vartic

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
VERZA, EMIL
Tratat de logopedie / prof. univ. dr. Emil Verza. – Bucureşti : Editura Fundaţiei Humanitas, 2003-
vol.
ISBN 973-86056-0-1
Vol. 2. - Bucureşti : Semne, 2009. - Bibliogr.. - ISBN 978-973-624-814-4

376.36

Toate drepturile şi responsabilităţile asupra conţinutului aparţin autorului.

Editura SEMNE
Str. Barbu Delavrancea nr. 24
Sector 1, Bucureşti
Tel./Fax: 021 318 83 44
email: office@semneartemis.ro
web: www.semneartemis.ro

Difuzare:
Tel./Fax: 021 223 41 16, 021 311 49 36
email: semne_artemis@yahoo.com,
difuzare@semneartemis.ro

COMENZI ONLINE
– sute de cărţi la un click distanţa –
www.semneartemis.ro

Tiparul executat la S.C. SEMNE '94 SRL
Tel./Fax: 021 667 08 20

IMPRIMAT ÎN ROMÂNIA
Bucureşti, 2009

CUPRINS

INTRODUCERE 15

CAPITOLUL I 19
COMUNICAREA TOTALĂ ŞI VALENŢELE EI

CAPITOLUL II 37
DINAMISM ŞI RELAŢIE ÎN METODOLOGIA CUNOAŞTERII ŞI INTERVENŢIEI TERAPEUTICE ÎN TULBURĂRILE DE LIMBAJ ŞI COMUNICARE
1. Evaluarea limbajului şi a comunicării 38
2. Psihodiagnoza şi prognoza în psihopedagogia specială 48
3. Intervenţia terapeutică în logopedie 58

CAPITOLUL III 65
TULBURĂRILE DE RITM ŞI FLUENŢĂ ALE VORBIRII
1. Delimitări conceptuale şi preocupări în studiul tulburărilor de ritm şi fluenţă 65
2. Etiologia bâlbâielii 76
3. Definiţie şi frecvenţă în bâlbâială 88

CAPITOLUL IV 94
CLASIFICAREA ŞI SIMPTOMATOLOGIA BÂLBÂIELII
1. Criterii de clasificare în bâlbâială 94
2. Simptomatologia bâlbâielii şi impactul ei asupra personalităţii 98
   2.1. Cadrul general al abordării simptomatologice 98
   2.2. Simptomatologia bâlbâielii clonice 100
      2.2.1. Dificultăţi la nivelul fonoarticulator 100
      2.2.2. Dificultăţi la nivelul respirator 104
      2.2.3. Dificultăţi la nivelul extralingvistic 106

2.2.4. Dificultăţi la nivelul comportamentului şi al personalităţii 107
2.3. Simptomatologia bâlbâielii tonice 110
2.3.1. Dificultăţi la nivelul fonoarticulator 111
2.3.2. Dificultăţi la nivelul respirator 112
2.3.3. Dificultăţi la nivelul extralingvistic 113
2.3.4. Dificultăţi la nivelul comportamentului şi al personalităţii 114
3. Sinteză generală asupra simptomatologiei bâlbâielii 119

CAPITOLUL V 123
DIAGNOZA ŞI TERAPIA BÂLBÂIELII
1. Diagnoza bâlbâielii 124
1.1. Semnificaţia anamnezei 127
1.2. Semnificaţia observaţiei 129
1.3. Semnificaţia testelor, a probelor 130
2. Terapia bâlbâielii 132
2.1. Direcţii terapeutice 133
2.2. Psihoterapia bâlbâielii 144
2.3. Restabilirea şi dezvoltarea vorbirii ritmice şi fluente 153
2.4. Terapia comportamental – cognitivă 156

CAPITOLUL VI 160
FUNCŢIONALITATE ŞI DISFUNCŢIONALITATE ÎN REALIZAREA VOCII
1. Definirea şi examinarea vocii 162
2. Explicarea fonaţiei 172
2.1. Teoria mecanică 172
2.2. Teoria mioelastică a lui Ewald 172
2.3. Teoria neuro-cronaxică elaborată de R. Husson 173
2.4. Teoria muco-ondulatorie a lui Perello 174
2.5. Teoria oscilo-impedanţială a lui Dejonckere 175
3. Contribuţii moderne în explicarea fonaţiei 176

CAPITOLUL VII 183
TULBURĂRILE VOCII
1. Clasificare, etiologie şi simptomatologie în tulburările vocii 185
2. Tulburările vocii la vârste extreme 203
2.1. Tulburările vocii în copilărie 204

2.2. Tulburările vocii la vârstele înaintate 209
3. Terapia logopedică a tulburărilor de voce 212

CAPITOLUL VIII 222
AFAZIA
1. Delimitări conceptuale şi preocupări în studiul afaziei 222
2. Alte contribuţii la explicarea mecanismelor afaziei 232
3. Clasificare şi simptomatologie în afazie 237

CAPITOLUL IX 253
AFAZIA COPILULUI
1. De la afazie şi sindromul de nedezvoltare a limbajului, la afazia congenitală 253
1.1. Definiţie şi perspectivă generală 253
1.2. Simptomatologie şi diagnostic în afazia congenitală 257
1.3. De la diagnosticarea afaziei la recuperarea afazicului 260
2. Afazia dobândită 261
2.1. Definiţie şi simptomatologie în afazia dobândită a copilului 261
2.2. Diagnosticul afaziei şi recuperarea afazicului 264

CAPITOLUL X 267
DISTORSIUNE LA NIVEL PSIHIC ŞI COMPORTAMENTAL ÎN AFAZIE

CAPITOLUL XI 283
ALALIA
1. Determinism şi relaţie în retardul verbal, disfazie şi alalie 284
2. Diagnostic diferenţial în relaţia retard verbal, disfazie şi alalie 286
3. Factorii implicaţi în etiologie 293
4. Conceptualizare, clasificare şi metodă recuperativă în alalie 296

CAPITOLUL XII 309
TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI PE FONDUL EVOLUŢIEI PSIHOCOMPORTAMENTALE ÎN AUTISM
1. Terminologie şi frecvenţă în autism 309
2. Etiologie şi teorie explicativă 313
3. Simptomatologie şi diagnoză 315
4. Prognoză şi recuperare 328

CAPITOLUL XIII.....334
SPECIFIC ŞI COMUN ÎN DIAGNOZA DIFERENŢIALĂ A RETARDULUI VERBAL ŞI A DISFAZIEI
1. Retardul verbal şi disfazia în condiţiile de normalitate psihică.....334
2. Retardul verbal în deficitul de intelect.....347

CAPITOLUL XIV.....357
DINAMISM ŞI RELAŢIE ÎN COMUNICARE, PERSONALITATE ŞI COMPORTAMENT

BIBLIOGRAFIE.....371

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION.....15

CHAPTER I.....19
TOTAL COMMUNICATION AND ITS VALENCES

CHAPTER II.....37
DYNAMISM AND CORRELATION IN KNOWLEDGE METHODOLOGY AND THERAPEUTIC INTERVENTION IN LANGUAGE AND COMMUNICATION TROUBLES
1. Assessment of language and communication.....38
2. Psycho-diagnosis and prediction in special psychopedagogy 48
3. Therapeutic intervention in speech therapy.....58

CHAPTER III.....65
DISORDERS OF RHYTHM AND FLUENCY IN SPEECH
1. Conceptual delimitations and concerns for the study of rhythm and fluency disorders 65
2. Etiology of lisp.....76
3. Definition and frequency in lisp..... 88

CHAPTER IV.....94
CLASSIFICATION AND SYMPTOMS OF LISP
1. Classification criteria in lisp.....94
2. Symptoms of lisp and the impact on personality 98
   2.1. General background of symptoms' approach.....98
   2.2. Symptoms in clonic lisp 100
      2.2.1. Difficulties at the phonetic system in articulating words 100

2.2.2. Difficulties at the respiratory level.....104
2.2.3. Difficulties at the extra linguistic level.....106
2.2.4. Difficulties at the behavioral level and personality 107
2.3. Symptoms in tonic lisp 110
2.3.1. Difficulties at the phonetic system in articulating words 111
2.3.2. Difficulties at the respiratory level.....112
2.3.3. Difficulties at the extra linguistic level.....113
2.3.4. Difficulties at the behavioral level and personality.....114
3. General synthesis of lisp's symptoms.....119

CHAPTER V.....123
DIAGNOSIS AND LISP'S THERAPY
1. Diagnosis of lisp.....124
1.1 Significance of case history.....127
1.2 Significance of observation.....129
1.3 Significance of tests, proofs.....130
2. Therapy of lisp.....132
2.1 Directions in therapy 133
2.2 Psychotherapy of lisp 144
2.3 Reestablishment and development in rhythmic and fluent speech 153
2.4 Behavioral-cognitive therapy.....156

CHAPTER VI.....160
FUNCTIONALITY AND DYSFUNCTION IN VOICE PRODUCTION
1. Definition and voice evaluation.....162
2. Explanation of the phonation.....172
2.1. Mechanical theory 172
2.2. Myoelasitic theory of Ewald.....172
2.3. Neuro-chronaxic theory developed by R. Husson 173
2.4. Muco-undulatory theory of Perello.....174
2.5. Dejonckere's theory.....175

3. Modern contributions to the phonation explanation 176

CHAPTER VII.....183
VOICE TROUBLES
1. Classification, etiology and symptoms in voice troubles.....185
2. Voice troubles in extreme ages.....203
2.1 Voice troubles in childhood.....204
2.2 Voice troubles in old ages 209
3. Speech therapy for the voice troubles 212

CHAPTER VIII.....222
APHASIA
1. Conceptual delimitations and concerns in the aphasia study.....222
2. Other contributions in explanation of aphasia mechanisms.....232
3. Classification and symptoms in aphasia.....237

CHAPTER IX.....253
CHILD APHASIA
1. From the aphasia and the syndrome of underdevelopment of the language to congenital aphasia.....253
1.1. Definitions and general perspectives.....253
1.2. Symptoms and diagnosis in congenital aphasia.....257
1.3. From the diagnosis of the aphasia to the recuperation of the aphasic person 260
2. Acquired aphasia261
2.1. Definition and symptoms in child's acquired aphasia 261
2.2. Diagnosis of the aphasia and the person's recuperation...264

CHAPTER X.....267
DISTORTION AT THE PSYCHIC AND BEHAVIORAL LEVEL IN APHASIA

CHAPTER XI.....283
ALALIA
1. Determinism and relation in verbal retard, dysphasia and alalia..284
2. Differentiated diagnosis in the relation verbal retard, dysphasia and alalia 286

3. Involved factors in etiology.....293
4. Conceptualization, classification and recuperative method in alalia 296

CHAPTER XII.....309
TROUBLES OF LANGUAGE DEVELOPMENT ON THE BACKGROUND OF PSYCHO-BEHAVIORAL EVOLUTION IN AUTISM
1. Terms and frequency in autism.....309
2. Etiology and explicative theory.....313
3. Symptoms and diagnosis.....315
4. Prediction and recuperation.....328

CHAPTER XIII.....334
SPECIFIC AND COMMON ASPECTS IN DIFFERENTIATED DIAGNOSIS OF VERBAL RETARD AND DYSPHASIA
1. Verbal retard and dysphasia in normal psychic conditions.....334
2. Verbal retard in intellect deficit.....347

CHAPTER XIV.....357
DYNAMISM AND CORRELATION IN COMMUNICATION, PERSONALITY AND BEHAVIOR

REFERENCES 371

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....15

CHAPITRE I.....19
COMMUNICATION TOTALE ET SES VALENCES

CHAPITRE II.....37
DYNAMISME ET RELATION DANS LA METHODOLOGIE DE LA CONNAISSANCE ET L'INTERVENTION THERAPEUTIQUE DANS LES TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION
1. Evaluation du langage et de la communication 38
2. Psycho diagnostique et prédiction dans la psychopédagogie spéciale.....48
3. Intervention thérapeutique dans la logopédie 58

CHAPITRE III.....65
TROUBLES DE RYTHME ET FLUENCE DU LANGAGE
1. Délimitations conceptuelles et préoccupations dans l'étude des troubles de rythme et fluence 65
2. Etiologie du bégaiement 76
3. Définition et fréquence dans le bégaiement 88

CHAPITRE IV.....94
CLASSIFICATION ET SYMPTOMES DANS LE BEGAIEMENT
1. Critères de classification dans le bégaiement 94
2. Symptômes du bégaiement et son impact sur la personnalité 98

2.1. Cadre général de l'approche des symptômes 98
2.2. Symptômes dans le bégaiement clonique 100
2.2.1. Difficultés au niveau phono articulaire 100
2.2.2. Difficultés au niveau de la respiration 104
2.2.3. Difficultés au niveau extralinguistique 106
2.2.4. Difficultés au niveau du comportement et de la personnalité 107
2.3. Symptômes dans le bégaiement tonique.....110
2.3.1. Difficultés au niveau phono articulaire 111
2.3.2. Difficultés au niveau de la respiration.....112
2.3.3. Difficultés au niveau extralinguistique.....113
2.3.4. Difficultés au niveau du comportement et de la personnalité.....114
3. Synthèse générale sur la symptomatologie du bégaiement 119

CHAPITRE V.....123
DIAGNOSE ET THERAPIE DU BEGAIEMENT
1. Diagnose du bégaiement.....124
1.1 Signification du l'anamnèse 127
1.2 Signification de l'observation 129
1.3 Signification des tests, preuves 130
2. Thérapie du bégaiement 132
2.1 Directions thérapeutiques 133
2.2 Psycho thérapie du bégaiement 144
2.3 Rétablissement et développement du langage rythmique et fluent 153
2.4 Thérapie de la conduite et cognitive 156

CHAPITRE VI.....160
FONCTIONNALITE ET DISFONCTIONNEMENT DANS LA REALISATION DE LA VOIX
1. Définition et évaluation de la voix.....162
2. Explication de la phonation.....172
2.1. Théorie mécanique.....172
2.2. Théorie myo-élastique de Ewald.....172
2.3. Théorie neuro – chronaxique de R. Husson 173
2.4. Théorie muco – ondulatoire de Perello.....174
2.5. La théorie de Dejonckere.....175

3. Contributions modernes dans l'explication de la phonation 176

CHAPITRE VII.....183
TROUBLES DE LA VOIX
1. Classification, étiologie et symptômes dans les troubles de la voix.....185
2. Troubles de la voix dans les ages extrêmes..... 203
2.1 Troubles de la voix dans l'enfance.....204
2.2 Troubles de la voix dans la vieillesse 209
3. Thérapie logopédiste des troubles de la voix 212

CHAPITRE VIII.....222
APHASIE
1. Délimitations conceptuelles et concernes dans l'étude de l'aphasie 222
2. D'autres contributions dans l'explication des mécanismes de l'aphasie 232
3. Classification et symptômes dans l'aphasie 237

CHAPITRE IX.....253
APHASIE DE L'ENFANT
1. De l'aphasie et syndrome de sous développement du langage vers l'aphasie congénitale 253
1.1. Définitions et perspectives générales..... 253
1.2. Symptômes et diagnostique dans l'aphasie congénitale .357
1.3. Diagnostique de l'aphasie et la récupération de la personne.....260
2. Aphasie obtenue 261
2.1. Définition et symptômes dans l'aphasie obtenue de l'enfant 261
2.2. Diagnostique de l'aphasie et la récupération de la personne..... 264

CHAPITRE X.....267
DISTORSION AU NIVEAU PSYCHIQUE ET DE LA CONDUITE DANS L'APHASIE

CHAPITRE XI.....283
ALALIE
1. Déterminisme et relation dans le retard verbal, dysphasie et alalie 284
2. Diagnostique différentié dans la relation retard verbal, dysphasie et alalie 286
3. Facteurs impliqués dans l'étiologie 293
4. Conceptualisation, classification et méthode récupératrice dans l'alalie 296

CHAPITRE XII.....309
TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DU LANGAGE SUR LE FOND DE L'EVOLUTION PSYCHO COMPORTEMENTALE DANS L'AUTISME
1. Termes et fréquence dans l'autisme 309
2. Etiologie et théorie explicative 313
3. Symptômes et diagnostique 315
4. Prédiction et récupération.....328

CHAPITRE XIII.....334
ASPECTS SPECIFIQUES ET COMMUNS DANS LE DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIE DU RETARD VERBAL ET DE LA DYSPHASIE
1. Retard verbal et dysphasie dans des conditions de normalités psychiques 334
2. Retard verbal dans le déficit de l'intellect 347

CHAPITRE XIV.....357
DYNAMISME ET CORRELATION DANS LA COMMUNICATION, PERSONNALITE ET COMPORTEMENT

BIBLIOGRAPHIE.....371

INTRODUCERE

În ***Tratatul de Logopedie*** volumul I, apărut anterior, afirmam că sarcina pe care ne-am asumat-o de a realiza o asemenea lucrare complexă este extrem de dificilă şi implică un efort îndelungat, chiar dacă problematica abordată este bine stăpânită de autor atât pe linie teoretico-demonstrativă, cât şi pe cea practico-aplicativă a domeniului. În acest volum, volumul al II-lea al ***Tratatului de Logopedie***, am perceput şi mai bine dimensiunile unei asemenea dificultăţi şi efortul ce trebuie încorporat într-o carte cu o tematică atât de vastă şi cu atâtea implicaţii în practica terapeutică a tulburărilor de comunicare şi de limbaj. Aceste dificultăţi sunt determinate, în principal, de patru aspecte:

1. Asigurarea unităţii dintre diferitele subiecte abordate şi păstrarea unui anumit echilibru între teorie şi terapie pentru fiecare tulburare tratată;
2. Adoptarea unor criterii comune pentru ordonarea temelor şi subtemelor tratate, astfel încât să se respecte principiul fundamental din logopedie, de analiză şi de intervenţie (terapeutică) de la simplu la complex, pe care noi l-am ridicat la rang de legitate pentru evoluţia şi terapia logopedică a tulburărilor de comunicare şi de limbaj încă din primul volum al Tratatului;
3. Literatura de specialitate este limitată pentru o serie de categorii de tulburări atât din punct de vedere al teoriei generale, cât şi din cel al terapiei logopedice, iar în tratarea multor aspecte se înregistrează păreri divergente din partea specialiştilor şi a practicienilor;
4. Unele aspecte, mai ales cele ce privesc metodologia educaţional-recuperativă, nu pot fi preluate şi transferate fără niciun fel de adaptare de la o limbă la alta, pentru că sistemul lingvistic, atât de diferit, imprimă un anumit specific limbii respective pe planul structurii, al

dezvoltării, şi chiar al tulburării de limbaj, fapt ce a făcut necesar să fie elaborate metode şi procedee eficiente în corectare şi validate în practica logopedică pentru logopatiile din limba română.

Dat fiind acestea, noi am organizat materialul din Tratat, pornind de la crearea unui cadru general cu privire la rolul şi importanţa comunicării şi al limbajului, în care am subliniat valenţele şi impactul acestora asupra calităţii relaţiilor individului cu cei din jur şi, totodată, modul cum sunt trăite satisfacţiile sau eşecurile din planul comunicaţional, astfel încât acestea influenţează evoluţia structurilor de personalitate şi de comportament. Apoi, ne-am centrat pe fiecare tulburare de limbaj, respectând ordinea clasificării noastre şi care nu au fost analizate în primul volum, urmărind, în acelaşi timp, relaţiile şi felul în care interferează diferitele categorii de tulburări. Ulterior, după analiza fiecărei categorii de tulburări, am adus în atenţia cititorului metodologia educaţional-recuperativă, în care am insistat nu numai pe elementele de terapie specific logopedice, ci şi pe modalităţile de intervenţie psihologică pentru ameliorarea sau înlăturarea unor distorsiuni de la nivelul personalităţii şi comportamentului, generate de tulburările comunicării şi ale limbajului. În finalul volumului, am abordat tocmai aspectele legate de modificările comportamentale şi ale evoluţiei structurilor de personalitate ce se produc în relaţie cu impactul tulburărilor de comunicare şi limbaj, ceea ce influenţează întregul sistem de adaptare a subiectului în relaţionarea cu cei din jur şi chiar a aportului pe care pot să-l exprime în realizarea profesională şi personală.

Pe parcursul întregii lucrări, am avut în vedere existenţa unei zone dificile în abordarea unor probleme de teorie, dar mai cu seamă, de terapie logopedică adaptată la nevoile subiectului şi la specificul tulburării respective. Acest ultim aspect ne-a determinat să subliniem faptul că în cadrul terapiei logopedice dificultăţile legate de reuşitele demersurilor metodologice pot fi depăşite, în bună măsură, dacă terapeutul adoptă o conduită *empatică*, percepută empiric de către subiectul logopat, devenind, în felul acesta, un catalizator pentru motivarea sa şi activarea resurselor potenţiale în exprimarea relaţiilor interpersonale. În felul acesta, subiectul se obişnuieşte şi se abilitează pe linia unor expresii empatice, pentru a-şi controla conduitele şi pentru a-şi operaţionaliza demersurile destinate socializării atitudinilor, ceea ce facilitează ca cei din jur să poată aprecia abilităţile

sociale şi de comunicare afectivă cu o conotaţie pozitivă, nemijlocită pentru comunicarea totală şi evoluţia personalităţii.

Comunicarea şi limbajul reprezintă lăstarul osaturii psihice prin care se dezvoltă şi se exprimă comportamentul şi personalitatea umană, marcând valenţele acestora şi nivelul expectaţiilor individului în sistemul de integrare în comunitate, prin care se urmăreşte maximalizarea potenţialului socio-cultural. Acest proces începe de la naştere şi evoluează în funcţie de zestrea nativă, dar mai ales, în raport de condiţiile de mediu, mai mult sau mai puţin favorabile, astfel încât comunicarea şi limbajul introduc note diferenţiatoare între diferitele persoane şi contribuie la definirea, în ansamblu, a profilului psihologic al omului. Încă din copilăria timpurie, achiziţiile din acest domeniu se produc în etape sau în trepte, iar calitatea şi cantitatea acestora constituie pietre de temelie pentru construcţia devenirii umane.

Capitolul I

COMUNICAREA TOTALĂ ŞI VALENŢELE EI

Conceptul de ***comunicare totală*** a fost dezvoltat în literatura de specialitate, în special, pe terenul educării şi adaptării persoanelor cu surditate în comunicarea şi interrelaţionarea cu cei din jur. Deşi edificatoare şi importante astfel de abordări, cu exemplificări şi precizări cu privire la elementele constitutive ale comunicării totale, limitată numai la asemenea cazuri particulare, ea nu poate depăşi caracterul de individualitate, pentru a explica structura complexă şi dimensiunea comunicării totale, care se extinde, cu siguranţă, nu numai în domeniul psihopedagogiei speciale, dar şi în cel al psihologiei, pedagogiei, lingvisticii şi psiholingvisticii. Aceste considerente ne determină să demonstrăm trei obiective pe care ni le propunem în capitolul de faţă:

1. comunicarea totală este condiţia de bază pentru educarea şi interrelaţionarea persoanelor surde şi cu alte deficienţe, pentru a asigura reuşita adaptării şi integrării în societate;
2. comunicarea totală este deosebit de activă şi în cazul persoanelor normale, astfel încât determină dinamizarea şi orientarea preferinţelor de expresie ale personalităţii odată cu afirmarea expectaţiilor faţă de mediul ambiant cu care interacţionează;
3. comunicarea totală constituie o componentă psihologică a personalităţii, ce asigură reuşita/nereuşita activităţii de energizare şi expansiune a subiectului, ceea ce îi conferă rolul de aptitudine intelectivă şi atitudine motivaţională faţă de semenii din jur, dar şi faţă de sine (E. Verza, 2005).

Prin urmare, comunicarea totală este o proprietate specifică tuturor persoanelor şi ea depăşeşte sfera comunicării verbale, întrucât o completează pe aceasta printr-o serie de mijloace

extralingvistice şi prozodice, cum ar fi gesturile, mimica, pantomimica, expresia privirii şi a mişcării, a exclamării şi a inflexiunilor vorbirii, a pauzelor, a reacţiilor vegetative etc.

Comunicarea totală nu se limitează la folosirea limbajului vorbit căci, în egală măsură, limbajul nonverbal (reprezentat prin expresia corpului, a gesturilor, a mimicii, a pantomimicii, a spaţiului şi a imaginii etc.) furnizează informaţii sincere despre subiect, despre atitudinile şi stările sale afectiv-emoţionale. Mesajul lingvistic completează şi introduce mai adecvat intenţionalitatea vorbitorului. Dar folosirea exclusivă numai a unei singure forme de limbaj ar sărăci conţinutul comunicării şi ar genera o relaţie simplificată între partenerii acesteia. Şi în dezvoltarea ontogenetică a copilului cele două forme de limbaj, verbal şi neverbal, evoluează în paralel, se completează şi se susţin reciproc, asigurând o comunicare cu mai multe valenţe. Limbajul gestual este mult mai redus, comparativ cu numărul unităţilor lingvistice ale unei limbi, dar printr-un singur gest pot exprima una sau mai multe noţiuni, iar alte aspecte sunt suplinite de celelalte mijloace prozodice. Spre exemplu, emoţiile şi sentimentele vorbitorului pot fi mai adecvat descifrate, bazându-ne pe expresiile faciale, pe gesturi, pe reacţiile vegetative, pe intonaţia şi pe ritmul vorbirii etc. Stările emoţionale de tipul bucuriei, tristeţii, fricii, dezamăgirii, scârbei, respingerii, satisfacţiei, sunt dintre cele care se percep facil prin intermediul limbajului nonverbal.

În comunicarea afectivă, limbajul nonverbal are un rol esenţial, deoarece interlocutorul îi acordă o importanţă deosebită, pentru a se raporta la stările atitudinal-emoţionale ale vorbitorului. Şi în planul anatomo-fiziologic sunt unele idei interesante, cu privire la aceste aspecte. Astfel, se pare că se confirmă, tot mai riguros, ipoteza conform căreia cele două emisfere cerebrale capătă fiecare o „specializare" pentru înţelegerea tipului de mesaj. Pe acest temei, Bryden şi Ley (1983, 1989) afirmă că emisfera dreaptă este destinată înţelegerii, decodificării stărilor emoţionale, în timp ce emisfera stângă este direct implicată în funcţionalitatea verbală a comunicării, în percepţia şi recunoaşterea imaginilor auditive. Investigaţiile efectuate de ei au dus la concluzia că emisfera dreaptă este mai adecvată pentru surprinderea expresivităţii emoţionale a vocii, pe când emisfera stângă este destinată spre a evalua înţelesul şi semnificaţia cuvintelor. Datele clinice confirmă, în bună parte, aceste idei, întrucât leziunile sau tulburările de la nivelul

emisferului stâng sau drept duc la lereglaje care afectează, preponderent, unul din cele două caracteristici evidenţiate. De aici, concluzia că subiecţii ce prezintă leziuni în emisfera dreaptă prezintă tulburări mai extinse sau mai restrânse ale exprimărilor emoţionale şi ale decodificării acestora într-o manieră similară tulburărilor de înţelegere a semnificaţiei comunicării pentru subiecţii cu leziuni în emisferul stâng, ceea ce distorsionează diferitele tipuri de informaţii.

Persoanele care nu posedă comunicarea verbală sau la care aceasta este limitată, ca urmare a nedezvoltării ei sau a unor tulburări, comunică, în principal, prin mijloace extralingvistice, a căror eficienţă depinde de nivelul experienţei personale: vârsta mintală, caracteristicile de personalitate, motivaţia pentru relaţionarea cu cei din jur ş.a. Comunicarea totală nu exclude comunicarea verbală, o cuprinde şi o extinde la persoanele normale, în timp ce pentru cele cu dizabilităţi de limbaj (în funcţie de gravitatea lor) are loc o pendulare între diferitele mijloace de realizare a comunicării, în care semnificativă devine atingerea scopului de a interrelaţiona şi de a se înţelege cu cei din jur.

Cu toată importanţa şi complexitatea comunicării totale, ea a început să fie cercetată mai insistent şi raportată la nişte cerinţe speciale educaţionale abia după anii 70 ai secolului trecut. La baza cercetărilor din acest domeniu, au stat studiile despre limbajul gestual care în fapt constituie numai o faţetă a comunicării totale, dar, cu siguranţă, una din cele mai importante. Din câte ştim, primul curs de limbajul gesturilor a fost predat în Institutul Naţional din Paris, în 1976 (D. Moores şi J. Maestas y Moores, 1989), ca, ulterior, comunicarea totală a fie introdusă în diverse programe educaţional-recuperative, în special pentru persoanele surde. În continuare, comunicarea totală câştigă tot mai mult teren în detrimentul metodei orale care a dominat o lungă perioadă de timp în educaţia copiilor surzi. Ca urmare a valenţelor metodei orale, prin care se valorizau la maxim restanţele capacităţilor auditive, se acredita ideea că folosirea şi extinderea protezelor auditive pot rezolva problema copiilor deficienţi de auz şi aceştia pot fi integraţi cu succes în învăţământul de masă fără să mai fie nevoie de şcoli speciale. În Olanda, Huising adoptă termenul de „acupedie", care semnifică exersarea auzului la copiii surzi şi se elaborează programe de protezare a copiilor mai mici de trei ani. Rezultate încurajatoare, pe acest plan, au fost obţinute şi în Suedia

și apoi în Anglia, ceea ce a dus la acreditarea ideii că rămășițele auditive pot fi astfel valorificate în evitarea de către copilul surd a școlii speciale. Și la noi, mai sunt unii care cred în miracolele protezării și a unei integrări depline a copilului surd în învățământul de masă. Nu minimalizăm efectele pozitive ale protezării, dar aceasta nu suplinește importanța procesului educațional-recuperativ calificat din învățământul special și nici nu poate anula, printr-o decizie administrativă, o formă tradițională de educație (învățământul special), care și-a demonstrat multiplele valențe în decursul timpului.

Acupedia se bazează, așadar, pe prioritatea auzului față de văz, iar abordarea terapeutică pornește de la detectarea timpurie a deficienței odată cu protezarea auditivă și intervenția sistematică educațională (Pollack, 1970). Ulterior, eficacitatea acestei metode s-a dovedit inferioară altor metode, deoarece copiii supuși unor asemenea programe acupedice nu puteau comunica și citi la nivelul celor care traversau alte moduri de intervenție. De aici, scăderea interesului pentru tehnicile strict auditive și conturarea tendinței de a le încadra pe acestea în alte programe cu caracter multisenzorial. Astfel, devenea limpede că acupedia sau, mai bine zis, educația excesivă prin metode orale nu a constituit nici pe departe un succes. Opțiunea prezentă a terapeuților și educatorilor pentru comunicarea totală se bazează nu pe excluderea metodelor gestuale, ci pe îmbinarea acestora cu metodele orale, pentru a obține rezultate edificatoare atât în utilizarea vorbirii, cât și în gramatică, citire și scriere.

Deși au trecut mai bine de două decenii de la aceste constatări, nici în prezent nu există o accepție unanimă asupra comunicării totale și a posibilităților de realizare a acesteia ca metodă educativă pentru persoanele deprivate de auz (sau cu alte handicapuri) și cele normale. Pentru unii, comunicarea totală se rezumă la folosirea simultană a comunicării orale și gestuale în educarea persoanelor surde, în timp ce pentru alții, ea constituie o modalitate filosofică de a pune pe copiii surzi în postura de a-și însuși comunicarea prin orice mijloc: folosirea cuvântului, limbajul gesturilor, citirea labială, a dactilemelor etc.

Pentru noi, comunicarea totală nu se rezumă numai la educația persoanelor cu deficit de auz (sau cu alte deficiențe), ci ea cuprinde un sistem organizat de intervenție sistematică în educarea și instrucția persoanelor normale sau cu handicapuri, în scopul de a dezvolta capacități cât mai avansate de comunicare și de relaționare cu cei din jur, folosindu-se toate mijloacele posibile: verbale - nonverbale, verbale - gestuale, verbale - prozodice, verbale - acționale etc. Adaptarea acestora se face la vârsta cronologică și mintală a subiectului, la nivelul de cultură și de educație, la capacitățile intelective și senzoriale ale acestuia. Utilizarea și a altor mijloace, în afara celor auditiv-orale pentru dezvoltarea comunicării și a socializării, nu poate fi decât în folosul subiectului, deoarece deschide un câmp larg de influențare dirijată a capacităților de expresie și înțelegere, de însușire a unor forme diverse ce facilitează interrelaționarea socială. Cu cât sunt mai limitate structurile verbale ale subiectului, cu atât există o tendință mai mare de a folosi și mijloace nonverbale de expresie, pentru a se putea exprima și a se putea face înțeles, chiar dacă acestea din urmă nu au fost învățate într-un mod organizat. Astfel, copilul mic învață în mod spontan, prin relaționare cu cei din jur și în primul rând cu mama, semnificațiile mimicii și ale gestului pentru unele acțiuni și pentru unele adjective pentru care nu are corespondentul verbal: a mânca, a bea, a fi bun, a fi rău, a fi frumos etc. Adultul dezvoltă o asemenea exprimare încă din ontogeneza timpurie și în mod spontan adoptă mijloace extralingvistice, în paralel cu folosirea simbolurilor verbale pentru unele acțiuni și pentru referințe la diferite obiecte. S-a constatat, în mod empiric, că însușirea denumirii obiectelor, spre exemplu, se realizează mult mai ușor dacă referințele verbale sunt însoțite de cele mimice, gestuale, prozodice, de o accentuare a laturii afective a comunicării, de folosirea materialului iconic și de stimularea citirii labiale. Se simte lipsa unor cercetări care să pună în evidență avantajele folosirii echilibrate a comunicării verbale și nonverbale în perioadele de constituire a limbajului și de implementare organizată sau spontană a structurilor comunicării totale. Din nefericire, în țara noastră, nici termenul de ***comunicare totală*** nu are o rezonanță fundamentată și nici nu a penetrat în cercetarea științifică. De altfel, nici pe plan mondial lucrurile nu sunt elucidate și nu sunt decât puține cercetări cu privire la comunicarea totală, axate și acestea, aproape exclusiv, pe subiecții cu deficit auditiv. Aceste cercetări urmăresc înregistrarea progreselor sau a regreselor obținute de copiii cu deficiență de auz în condițiile educării lor prin metode exclusiv auditiv-verbale sau atunci când acestea sunt dublate de alte mijloace, tehnicile nonverbale. Pentru a avea o imagine asupra

eficienței acestora, într-o situație sau alta, prezentăm câteva concluzii care ni se par mai semnificative.

Referindu-se la studiile asupra copiilor surzi, care utilizează comunicarea prin semne, D. Moores (1971) se declară surprins de faptul că până în 1965 nu s-a înregistrat nici o cercetare obiectivă cu referință la această temă. Autorul respectiv mai menționează că majoritatea articolelor publicate până în prezent sunt axate pe o poziție sau alta în favoarea uneia din metodologiile posibile a fi folosite. Dacă până de curând se preferau metodele orale, mai recent se optează în favoarea comunicării prin semne, autorii respectivi încercând să demonstreze ipoteza potrivit căreia comunicarea prin semne ar fi dăunătoare, ceea ce ar însemna că, mai cu seamă, copiii surzi ce provin din părinți surzi sunt inferiori, atât sub aspectele comunicării, cât și ale învățării și adaptării sociale a celor ce provin din părinți auzitori care nu sunt învățați să folosească limbajul semnelor. În acest sens, Stoenson (1964) examinează rezultatele școlare ale copiilor surzi născuți din părinți surzi și le compară cu cele ale colegilor lor surzi, născuți din părinți auzitori. Loturile de subiecți frecventau o școală specială californiană, între anii 1914 și 1961. Studiul respectiv surprinde pe mulți specialiști și educatori prin faptul că din cei 134 de subiecți comparați, 90% dintre copiii surzi, proveniți din părinți ce nu auzeau, au reușit să atingă un nivel de educație superior copiilor surzi cu părinți auzitori și 38% din cei din prima categorie au ajuns la facultate, față de numai 9% din cei din a doua categorie (cit. după D. Moores și J. Maestas y Moores).

Și alte studii ulterioare vin să confirme aceste date. Astfel, Stuckless și Birch (1965) au efectuat un studiu pe 38 de copii surzi, proveniți din părinți surzi, care au folosit limbajul semnelor încă de la nașterea lor, și rezultatele obținute la scris, citit și lectură labială le-au comparat cu cele ale altor 38 de copii surzi ce proveneau din familii de auzitori ce nu foloseau semnele în comunicare. S-a avut în vedere gravitatea pierderilor auditive, vârsta individuală și cea reală, sexul și vârsta la intrarea în școală și s-a constatat o superioritate evidentă în performanțele la scris, citit și citire labială a subiecților din primul lot și o relativă echivalență, sub raportul adaptării psihosociale și a clarității vorbirii, între cele două loturi studiate.

Într-un alt studiu, efectuat de Meadow (1968), se relevă că dintr-un lot de 59 de copii surzi, ai căror părinți erau și ei surzi, la

imaginea de sine și la rezultatele școlare s-au prezentat la un nivel mai ridicat față de un lot similar de copii surzi, proveniți din părinți care auzeau și care nu foloseau limbajul semnelor. Copiii care proveneau din părinți surzi au obținut rezultate mai bune în domeniul creșterii sociabilității, al afișării unui comportament fizic masculin sau feminin, al reacțiilor adaptative la o situație dată și a rezultatelor școlare, cu circa 2,2 ani în progres odată cu înaintarea în vârstă, dar fără deosebiri semnificative între cele două loturi, în utilizarea vorbirii și a lecturii labiale. În plus, copiii proveniți din părinți surzi aveau un grad mai redus de frustrare în comunicarea cu cei din jur și astfel reușeau o mai bună interrelaționare. În fine, ni se pare edificator,din acest punct de vedere, și studiul lui Vernon și Koch (1970) care, de asemenea, au comparat un număr de 32 de copii născuți din părinți surzi cu un alt grup de copii proveniți din părinți auzitori și care nu au folosit limbajul semnelor în comunicarea cu aceștia. Loturile de subiecți studiate au fost grupate după sex, vârstă și Q.I. Autorii respectivi ajung la concluzia că deși copiii născuți din părinți auzitori au fost supuși la o educație orală intensivă, încă din perioada preșcolară, rezultatele lor fiind inferioare celor proveniți din părinți surzi, în toate domeniile școlare și, în special, în folosirea cititului, scrisului, a vocabularului și relativ egale, sub raportul vorbirii și a lecturii labiale.

Aceste rezultate demonstrează că limbajul semnelor îi ajută pe copiii surzi să se adapteze mai bine la situațiile de interrelaționare, deoarece sunt mai puțin reticenți la formele pe care le folosesc în comunicare, dar apreciază nivelul de înțelegere și de extindere afectivă în planul unui comportament general de adaptare la mediu. Rezultă, așadar, că adaptarea la mediul psihosocial nu poate fi redusă la o comunicare exclusiv lingvistică, deoarece orice mijloc sau tehnică care o ajută pe aceasta sau chiar dacă o suplinește, poate deveni eficientă, în măsura în care subiectul o mânuiește cu abilitatea îndeplinirii scopului de a se integra într-un sistem complex relațional care să-i permită un comportament expresiv, înțeles și acceptat de cei din jur. Din acest punct de vedere, școala românească, prin specialiștii ei (C. Pufan, 1972) și prin cadrele didactice din școlile speciale au pus în practică ideea că orice mijloc de comunicare bazat pe semne, mimică, pantomimică, dactileme, citire labială etc., nu trebuie exclus din educația copiilor surzi, atâta timp cât acestea sunt utile comunicării și ele pot constitui forme de susținere a dezvoltării limbajului

verbal. Un asemenea mod de interpretare şi-a demonstrat eficienţa în timp, nu numai pentru adaptarea psihosocială a copiilor surzi, dar şi în creşterea nivelului de demutizare şi de dezvoltare a comunicării verbale. Desigur, nu pot fi evitate o serie de etape şi condiţii de tehnică metodologică ce se impun a fi parcurse pentru atingerea unui nivel cât mai ridicat al demutizării şi pentru folosirea , în mod gradat şi sistematic organizat, a limbajului semnelor, odată cu dezvoltarea psihologică a copilului cu deficienţă de auz (E. Verza, 2003). În fond, şi copiii surzi cu care se foloseşte numai comunicarea orală, când întâmpină dificultăţi de exprimare verbală sau nu-şi găsesc cuvintele adecvate, apelează, frecvent, la exprimarea relaţiilor pragmatice şi chiar a celor semantice la un sistem de semne complex pe care îl creează sau îl adoptă, parţial, prin împrumut de la semenii lor cu care vin în contact.

Se poate uşor observa că toate persoanele care, dintr-un motiv sau altul, prezintă dificultăţi de exprimare verbală şi de construcţie logico-gramaticală a limbajului, apelează tot mai frecvent la mijloace nonverbale pentru a se putea face înţeleşi şi pentru a reuşi să transmită cât mai exact şi mai rapid ideile şi stările trăite. În tulburările de limbaj şi în retardurile verbale ale subiecţilor cu intelect normal se manifestă tendinţa de a controla şi a alege mijloacele gestuale şi expresiile pantomimice care li se par mai adecvate pentru a suplini unele formulări verbale. În ontogeneza timpurie, copiii sunt învăţaţi, în mod spontan, de mamele lor, să comunice prin astfel de mijloace, să înţeleagă acţiunile şi cuvintele necunoscute prin intonaţie, timbru vocal, prin mişcări ale mâinilor şi a expresiei faciale. Mai târziu, în grădiniţă şi apoi în clasă, educatoarea şi învăţătoarea, în mod intenţionat, adoptă o gamă variată de tehnici nonverbale, cu scopul de a întări stimulii verbali şi de a capta atenţia copiilor. ***De altfel, limbajul semnelor şi, în general, tehnicile nonverbale, se învaţă odată cu limbajul verbal şi împreună dau dimensiunea comunicării totale, ele se susţin şi se completează reciproc, determinând, în final, un echilibru care denotă capacităţile verbale ale subiectului. Prin urmare, comunicarea totală cuprinde toate mijloacele verbale (orale şi scrise) şi mijloacele nonverbale care îl ajută pe un individ să înţeleagă şi să se facă înţeles la un nivel cât mai ridicat.*** Pentru persoanele normale, dominantă este, desigur, comunicarea verbală, iar pentru cele cu deficienţe grave de auz şi deficienţe asociate ori în deteriorările accentuate ale intelectului, cel puţin până la învăţarea organizată şi sistematică a limbajului verbal, formele comunicării prin semne rămân principalele mijloace de expresie.

Şi persoanele normale apelează, frecvent, la limbajul nonverbal într-o proporţie mai mare sau mai mică. Pentru comunicarea orală, A. Mehrabian şi M. Weiner estimează că 7% o reprezintă cuvintele, 38% este paralimbaj (intonaţie, inflexiuni ale vocii), 55% este constituită din limbaj neverbal care, intenţionat sau neintenţionat, se concretizează prin gesturi, mimică, pantomimică, expresii ale feţei, surâs, încruntare, poziţia corpului, contact vizual şi corporal, mişcări, vestimentaţie, tonalitatea vocii, ritmicitatea vorbirii, plasarea în spaţiu etc. Toate aceste elemente neverbale ale comunicării mai poartă denumirea de metacomunicare, destinată să suplinească şi să întreţină comunicarea verbală.

Comunicarea nonverbală oferă un mare volum de informaţii asupra subiecţilor şi asupra mesajelor pe care aceştia le transmit. Astfel, avem informaţii cu privire la stările afective, la atitudinile faţă de partenerii de discuţie, ale nivelului cultural şi educaţional, la unele stări motivaţional-volitive ş.a. Toate mesajele care se vehiculează prin comunicarea nonverbală depind, ca şi în comunicarea verbală, de o serie de factori şi condiţii dintre care mai importante sunt:

- vârsta cronologică şi mentală a interlocutorilor;
- nivelul de educaţie şi de cultură a acestora;
- prezenţa/absenţa intimităţii şi a simpatiei/antipatiei dintre interlocutori;
- mediul de provenienţă a interlocutorilor şi de raportare atitudinal-afectivă la comunicare;
- spaţiul şi timpul de desfăşurare a comunicării percepută ca un confort sau ca un disconfort psihic;
- experienţa interlocutorilor în codarea şi decodarea comunicării etc.

Când comunicarea nonverbală se desfăşoară în paralel sau în asociere cu comunicarea verbală, îndeplineşte o serie de funcţii ce întregesc mesajele verbale şi le fac mai accesibile, uşurând nu numai sarcina vorbitorului, dar şi a auditorului. Astfel de funcţii se referă la:

- precizarea mesajului verbal, printr-o mai riguroasă substituire a sensului şi semnificaţiei acestuia;
- completează şi dimensionează raporturile dintre vorbitor şi auditor;
- exprimă unele stări emoţional-afective care, intenţionat sau neintenţionat, nu transpar prea evident în exprimarea (verbală)a vorbitorului;
- exprimă interesul interlocutorilor pentru comunicare;
- poate da alte sensuri unor mesaje verbale care din anumite motive vorbitorul nu doreşte să le facă cunoscute în totalitate;
- introduce o notă suplimentară de claritate şi sinceritate în exprimarea prin mesajul verbal ş.a.

Limbajul verbal este mai încărcat de ideaţie şi informaţie, exprimând şi, îndeplinind în mod complex funcţia de cogniţie, comparativ cu limbajul nonverbal care exprimă, în principal, atitudini şi emoţii dând impresia unei exacerbări a laturii afective a comunicării. Limbajul verbal devine, cu timpul, odată cu dezvoltarea psihică a individului, tot mai controlat şi cenzurat, în care domină intenţia, sensul şi semnificaţia ce este dorită a se imprima, în timp ce limbajul nonverbal are un pronunţat caracter spontan, realizat, de cele mai multe ori, fără intenţie, provocat şi centrat pe un eveniment sau pe o situaţie dată. Nota de sinceritate străbate, credem în mod reflex, întregul traseu al expresiei personalităţii şi comportamentului, ce ulterior subiectul nu o mai poate anula, nici verbal nici nonverbal, fără a provoca din partea interlocutorului incertitudini şi suspiciuni cu privire la calitatea şi personalitatea vorbitorului. Cum corpul, în ansamblul său, şi fiecare segment în parte, poate exprima un anumit conţinut afectiv-informaţional, la care se adaugă o serie de elemente prozodice ale vorbirii, cum sunt intonaţia, timbrul, ritmul, accentul, pauza etc., ne determină să subliniem marea bogăţie şi varietate a stărilor psihice complexe ce pot fi exprimate la un moment dat. Am precizat că în raport de situaţie, de contextul în care se desfăşoară, dar şi în funcţie de interlocutor, limbajul nonverbal poate căpăta valenţe superioare limbajului verbal. Spre exemplu, copilul mic sau cel care întâmpină dificultăţi în exprimarea verbală, adoptă forme complexe nonverbale în comunicarea cu cei apropiaţi. Şi în relaţiile de intimitate ale adultului, comunicarea nonverbală tinde să devină

dominantă şi preferată de interlocutori pentru nivelul discret şi complex de prezentare a atitudinilor, emoţiilor, gândurilor şi intenţiilor.

Rezultă, aşadar, că limbajul nonverbal este deosebit de important nu numai pentru exprimarea stărilor atitudinal-afective şi pentru completarea şi susţinerea informaţiilor produse prin intermediul limbajului verbal, dar şi pentru faptul că el permite persoanei o extindere mai amplă a comunicării din toate punctele de vedere. Unii autori afirmă, chiar, că limbajul nonverbal este superior celui verbal, deoarece majoritatea informaţiilor sau a mesajelor produse nonverbal au un grad de sinceritate mai ridicat (Ray Birdwhistell, 1970, Albert Mahrabian, 1972), dar sigur, nu poate fi minimalizată importanţa cuvântului în comunicare şi în interacţiunea dintre oameni. Un anumit echilibru între cele două forme de limbaj, cu tendinţa de cultivare şi exersare a comunicării verbale, contribuie la creşterea capacităţilor persoanei de a exprima cât mai complet relaţii, cauze, în cadrul mesajelor informaţionale şi atitudinal-afective.

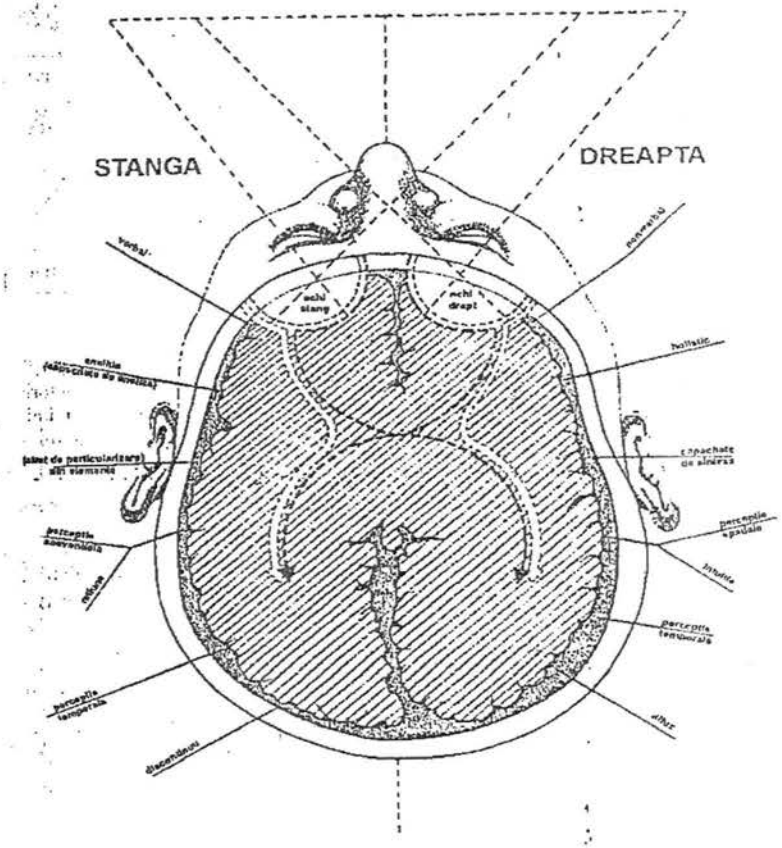
Comunicarea totală înglobează cele două forme de limbaj, verbal şi nonverbal, ceea ce înseamnă o exprimare deplină a tuturor intenţiilor şi a ideaţiei subiectului, odată cu creşterea resurselor de înţelegere a celor din jur, de interacţiune şi adaptare la mediul psihosocial.

Aceasta se educă şi se dezvoltă sub influenţa mediului socio-cultural, devenind, cu timpul, patternuri de exprimare, în care nu poate fi neglijată nici componenta genetică, ereditară, a individului. Astfel, odată cu dezvoltarea psihică a subiectului, comunicarea totală devine tot mai performantă, atingând un nivel maxim în deplina maturitate psihică, când îndeplineşte un accentuat rol facilitator de vehiculare a informaţiilor şi a stărilor atitudinal-afective, dar şi de adaptare şi integrare complexă în mediul înconjurător.

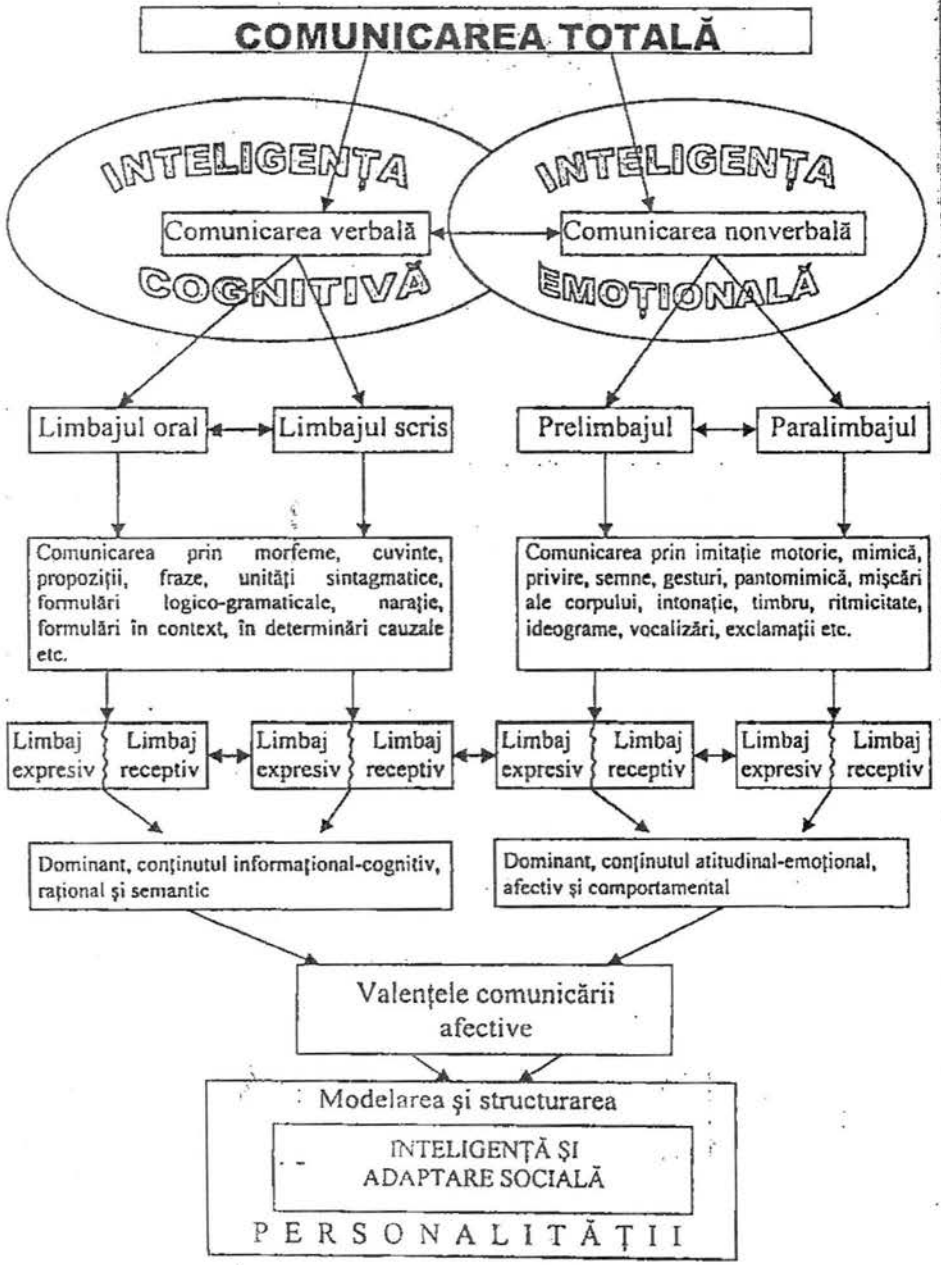
În comunicarea totală, accentul poate fi pus, la un moment dat, fie pe limbajul verbal, fie pe cel nonverbal. Depinde de funcţia pragmatică urmărită de subiect, dar şi în raport de conţinutul comunicării, predominant cognitiv sau predominant atitudinal-afectiv, ca şi de capacităţile şi de experienţa vorbitorului de a exercita o persuasiune cât mai mare asupra interlocutorului. Sunt,

prin urmare, mai multe secvențe în cadrul comunicării totale, cu un accent sau altul, pe o anumită latură a limbajului, fără a distorsiona echilibrul dintre cele două forme de limbaj. Un bun vorbitor știe cu exactitate, în funcție de situație, care formă de limbaj este mai potrivită și cu un impact mai mare asupra auditoriului, așa cum știe să mânuiască în mod voluntar întreaga gamă de posibilități oferite de tehnicile limbajului, fără să renunțe la echilibrul dintre acestea, impus, legic și logic, de comunicarea totală. În felul acesta, comunicarea totală atinge valențe maximale în expresia și descifrarea personalității.

Dat fiind legătura strânsă dintre comunicarea verbală și cea nonverbală, mesajele elaborate printr-o formă sau alta, se completează și se îmbogățesc, din punct de vedere al conținutului, cu mesajele provenite pe celălalt canal, sporind, astfel, unitatea comunicării totale și locul determinant al acesteia în cadrul activității psihice superioare. Unii autori vorbesc de două minți: una a gândirii (informațională) și alta a trupului (dispozițional-atitudinală), dar ele nu pot fi departajate în mod arbitrar, ci doar privite într-o unitate specifică fiecărui individ de care depind raportările și relaționările personalității în mediul înconjurător. Schema pe care o prezentăm, mai jos, exprimă componentele de bază ale comunicării totale, dispuse, după cum se vede, în formă ierarhică, dar într-o continuă interacțiune și, totodată, în dependență de nivelul atins de cele două forme de inteligență: ***inteligența cognitivă*** și ***inteligența afectivă***, așa cum și dezvoltarea acestora depinde de performanțele comunicării verbale și, respectiv, a comunicării nonverbale. Cele două forme de comunicare nu numai că fac posibilă exprimarea conținutului elaborat la nivelul inteligenței (cognitive sau afective), dar o și alimentează cu un sistem de coduri, mai mult sau mai puțin bogat, încărcat, ulterior, semantic și afectiv, de mesajele elaborate. În final, se dezvoltă o formă specifică de adaptare psihosocială, de unde și adoptarea conceptului de ***inteligență socială***, odată cu sublinierea succesului/eșecului în viața social-profesională. În acest context, comunicarea totală joacă un rol decisiv și ea implică toate formele limbajului, ca și structura bazală a personalității și a experienței de viață. Aprecierea și evaluarea inteligenței și a adaptării sociale presupune o relație dinamică între genetic și dobândit, pe baza căreia evoluează, de altfel, întreaga activitate psihică a persoanei.



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990



Componentele de bază ale comunicării totale

Preocupările pentru dezvoltarea unei științe a comunicării datează din cele mai vechi timpuri (J.H.Marrow, 1956). Astfel, în cultura greacă, Platon aprecia retorica ca fiind o știință a comunicării, iar dezvoltarea procesului comunicațional se realizează pe cinci etape distincte: a conceptualizării, ce se bazează pe demersul cunoașterii, a simbolizării, care presupune cunoașterea sensului cuvintelor, a clasificării, ce are în vedere studiul comportamentului uman, a organizării bazate pe efectele aplicării practice și a realizării, în care se are în vedere cunoașterea instrumentelor de influențare a partenerilor participanți la comunicare. În același context, Socrate acordă o valorizare totală comunicării prin sublinierea semnificației retoricii, ca știință a comportamentului uman, și expresie a celei mai avansate culturi umane. Și Aristotel este preocupat de retorică (scriind o lucrare cu acest titlu), insistând pe semnificația aspectelor pragmatice ce străbat comunicarea interumană.

În epoca romană, Cicero se remarcă prin distincția pe care o face între retorică, ca teorie a comunicării, și oratorie, ca sistem practic în care cele două dimensiuni se află într-o continuă relație de deteriorare și de influențare reciprocă, influențare dependentă de o serie de factori subiectivi și obiectivi ce aparțin subiecților care participă la comunicare și a condițiilor de mediu în care se desfășoară. Ulterior, perioada medievală și renascentistă nu se remarcă prin contribuții semnificative la teoria comunicării; dimpotrivă, stagnările și chiar regresele paradigmelor elaborate, străbat o lungă perioadă de timp. Abia în secolul al XVII-lea, se poate consemna o revigorare pe planul ideilor menite să contribuie la dezvoltarea științei comunicării. Acum, apar și observații interesante cu privire la efectele gesturilor și a caracteristicilor vocii, ca modalități paralingvistice și nonverbale, în precizarea efectelor și atingerea scopurilor din comunicarea orală. Dar abia în secolul trecut au fost înregistrate progrese remarcabile, și putem vorbi de contribuții care au dus la clarificarea unor probleme de care depind, în esență, recunoașterea statutului de știință pentru domeniul comunicării. Astfel, au fost elucidate aspecte care privesc structura activităților de comunicare, tipurile de comunicare, principiile care stau la baza activităților de comunicare, rolul factorilor implicați în comunicare, dependența efectelor comunicării de structurile de personalitate, de calitățile intelectului interlocutorilor ș.a.

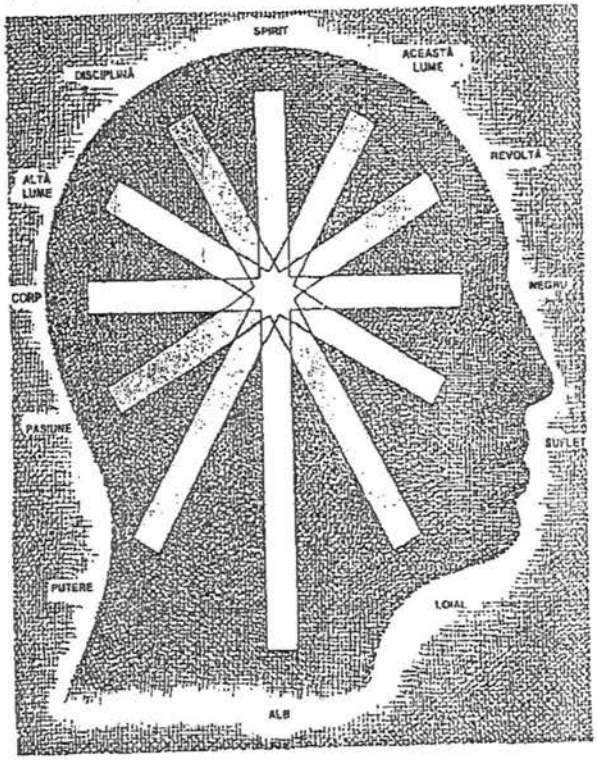
Aşa cum rezultă din cele de mai sus, valenţele maxime ale comunicării pot fi atinse numai printr-un act de comunicare totală, indiferent de tipologia subiecţilor interlocutori şi de domeniul pe care aceştia îl abordează. Pe bună dreptate, Şcoala de la Palo Alto subliniază că focalizarea exclusivă asupra conţinutului mesajului nu are darul de a spori eficienţa comunicării, deoarece contextul şi tehnicile utilizate pot introduce noi modalităţi de raportare a interlocutorilor la actul comunicaţional şi de participare activă a tuturor participanţilor la o asemenea activitate.

Apreciem că pentru evitarea eşecurilor din comunicare, a blocajelor, a conflictelor şi a neînţelegerilor, este necesar să acordăm o atenţie majoră oricărei forme de limbaj, în funcţie de conţinutul ideativ, de impactul ce îl poate avea comunicarea asupra interlocutorului şi a contextului în care acesta se desfăşoară. Aceasta înseamnă că orice act de comunicare totală reclamă existenţa unor aspecte esenţiale ce trebuie adoptate, şi anume:

1. claritatea şi fluenţa formulărilor verbale;
2. folosirea unui vocabular accesibil şi adaptat la condiţia interlocutorilor;
3. implicarea activă şi ideativ-afectivă în comunicare;
4. utilizarea sincronizată a părţilor de vorbire (verbe, adverbe, adjective, cuvinte de legătură);
5. sincronizarea corporală (mişcări, gesturi, mimică, pantomimică, privire, atitudine etc.);
6. sincronizarea mijloacelor prozodice (ritmicitatea vorbirii, intonaţia, accentul, pauzele etc.);
7. ierarhizarea logică a argumentelor şi a motivaţiilor mesajelor;
8. adaptarea timpului pentru comunicare la tipul de mesaj şi la condiţia interlocutorului ş.a.

După cum se poate constata, comunicarea interumană este un fenomen deosebit de complex, cu o amplitudine ce depăşeşte caracterul strict al unei singure ştiinţe sau a unei preocupări dintr-o perspectivă limitată, chiar şi riguroasă, ea se extinde pe multiple domenii ce trebuie investigate printr-o metodologie din perspectiva multidisciplinară, în care interferenţele pot fi evitate prin rigoare ştiinţifică şi prin evidenţierea unor trăsături esenţiale ce definesc domeniul abordat. De aici, ideea că perspectiva psihologică, sau cea psihopedagogică, nu poate exclude o interpretare filosofică, sociologică, lingvistică etc.

Din acestea apar o serie de reprezentări coordonate şi reglate de la nivelul cortexului.



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990

Ca atare, putem accepta ideea că orice tip sau formă de comunicare implică cel puţin două aspecte şi anume, conţinutul şi relaţia. În fapt, relaţia se bazează pe conţinut, pe calitatea şi eficienţa acestuia, dar relaţia, prin includerea conţinutului, reflectă un sistem de atitudini personale, în egală măsură, pentru transmiţător şi pentru receptor. Atunci, conţinutul pe care îl transmitem prin frazele formulate, prin informaţia ce o reprezintă, sunt completate de semnalele rezultate prin gestică, mimică, intonaţie, pauze, accent etc., astfel încât ***metacomunicarea exprimă un tot unitar al expresiei personalităţii individului.***

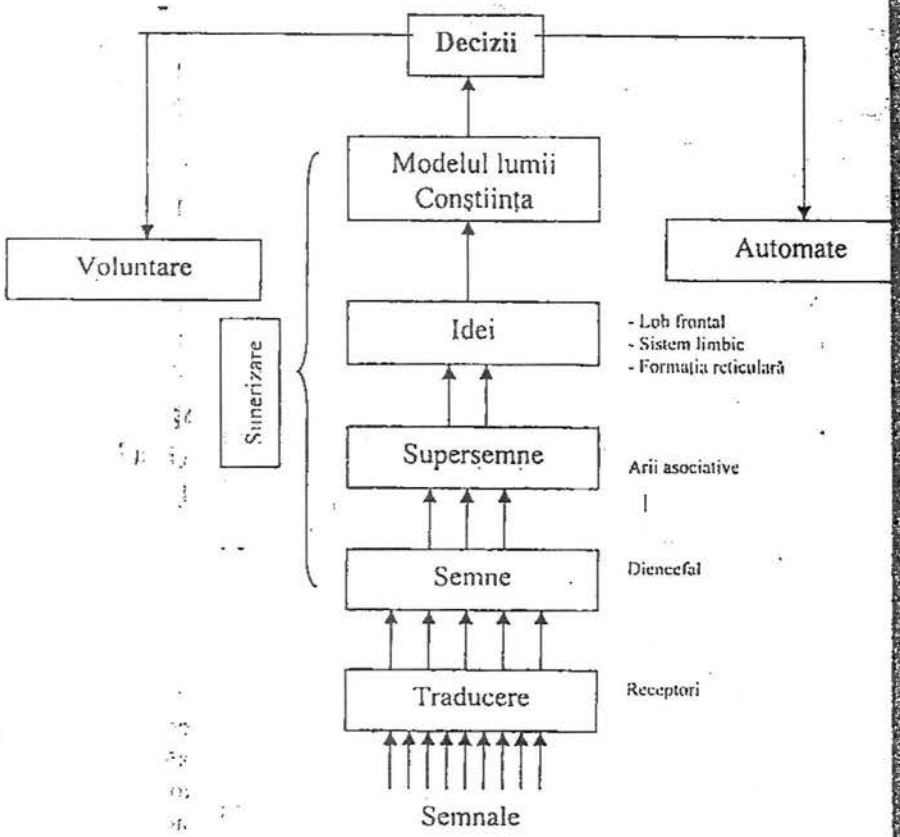
Orice participant la procesul de comunicare, intenţionat sau mai puţin intenţionat, este preocupat de ceea ce gândeşte, simte, intenţionează, ce atitudine are partenerul de discuţie, făcându-şi o imagine cu privire la comportamentul şi structura personalităţii sale. Deşi fiecare subiect implicat în comunicare urmăreşte astfel de aspecte, printr-o serie de strategii pe care le adoptă (punerea de întrebări, aprobarea sau dezaprobarea interlocutorului, exprimarea surprinderii faţă de unele conţinuturi, manifestarea unor expresii corporale etc.), nu întotdeauna sunt înregistrate evaluări exacte şi încărcate de succes. De cele mai multe ori, succesul în comunicare este legat de claritatea şi precizia percepută de interlocutor, de corectitudinea şi loialitatea faţă de cele exprimate, de atitudinea discretă şi de onestitatea contribuţiei faţă de aspectele puse în discuţie. Interlocutorul apreciază şi evaluează aceste caracteristici ca trăsături de personalitate şi nu numai ca particularităţi ale unor abilităţi comunicative şi de relaţionare cu cei din jur. Dar, în acest context, expresia corporală şi, în genere, mijloacele prozodice exprimă, în unele împrejurări, o încărcătură chiar mai mare decât conţinutul propriu-zis al vorbirii orale şi al formelor lingvistice adoptate. De aici, ideea că procesul comunicaţional presupune creaţie, abilitate şi implicare, trăsături care ţin de o componentă ereditară şi, mai cu seamă, de una formată prin educaţie şi cultură. ***În ansamblul ei, comunicarea totală, care include atât aspectele verbale, cât şi pe cele neverbale, vehiculează mai multe forme ale conţinutului, cum ar fi, un conţinut informaţional, prin noţiuni, idei, imagini, altul axat pe latura afectiv-emoţională, realizat printr-o serie de conduite, un conţinut preponderent motivaţional, din care transpar trebuinţe, aspiraţii, îndemnuri la acţiune şi, în fine, un conţinut volitiv, menit să determine sau să stopeze o acţiune.***

Capitolul II

DINAMISM ŞI RELAŢIE ÎN METODOLOGIA CUNOAŞTERII ŞI INTERVENŢIEI TERAPEUTICE ÎN TULBURĂRILE DE LIMBAJ ŞI COMUNICARE

Importanţa acestui demers derivă din două aspecte principale: pe de-o parte, limbajul, ca activitate extrem de complexă, este prezent în toate manifestările fiinţei umane şi evoluează, în mod specific, pe toată durata vieţii individului, iar pe de altă parte, acesta poate fi influenţat, determinat să parcurgă etapele cele mai benefice pentru dezvoltarea psihică şi pentru crearea cadrului adecvat în constituirea unicităţii identităţii personalităţii. Ca atare, analiza noastră urmăreşte un cadru general de evaluare a stadiului de dezvoltare a limbajului, menit să ducă la cunoaşterea potenţialului şi a limitelor de manifestare a conduitelor verbale şi apoi, la diagnosticarea tulburărilor de limbaj şi de comunicare, după care se adoptă programul de intervenţie pentru stimularea activităţii verbale, de prevenire şi înlăturare a eventualelor dizabilităţi sau tulburări de limbaj şi corectarea lor.

Aceste etape se înscriu pe linia necesităţii de a asigura o dezvoltare normală a subiectului şi a manifestărilor psiho-comportamentale adecvate contextului desfăşurării acestuia.



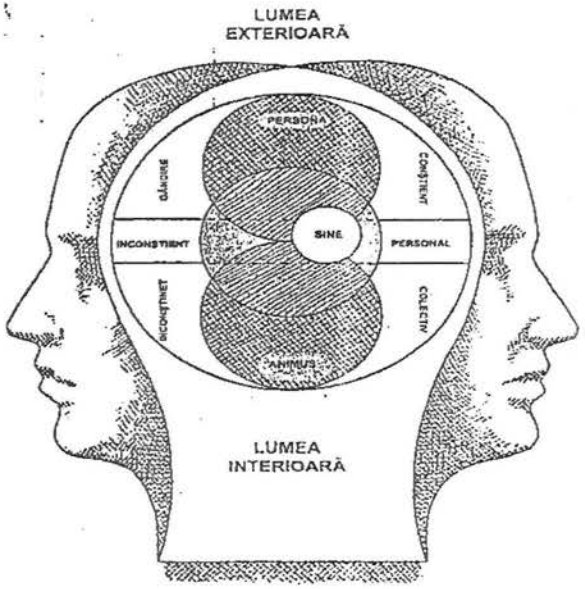
Prelucrarea superioară a informaţiei

1. *Evaluarea limbajului şi a comunicării*

Evaluarea limbajului şi a comunicării trebuie să răspundă la o serie de întrebări fundamentale, ce converg spre o apreciere precisă a nivelului de ansamblu al dezvoltării conduitelor verbale (orale şi scrise), a eventualelor tulburări şi a rolului pe care îl are limbajul în evoluţia psihică generală a individului. Astfel, evaluarea va urmări:

- dacă nivelul de dezvoltare a limbajului corespunde vârstei cronologice;
- dacă există un retard verbal, cât de grav este şi pe ce fond a apărut (deficit mintal, senzorial, educativ, economic etc.);
- dacă sunt prezente tulburări de limbaj, ce forme îmbracă şi de ce natură sunt;
- dacă limbajul are un impact pozitiv sau negativ la nivelul personalităţii şi comportamentului.

Pentru a face o evaluare cât mai veridică şi pentru a putea răspunde cu exactitate la problemele puse, subiectul trebuie să fie cercetat, în principiu, ori de câte ori este nevoie, sau atunci când apar semne de întrebare cu privire la evoluţia sa, indiferent de vârstă (copilărie sau maturitate).



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990

Cercetarea la vârstele mici (vârstele timpurii) prezintă un avantaj esenţial, acela că se poate interveni, mai eficient, în caz de nevoie; dar, dacă ne limităm (din anumite motive) la strictul necesar, atunci, credem că nu pot fi ocolite vârstele preşcolară şi şcolară mică; prima, pentru că este legată de salturi cantitative şi calitative în

dezvoltarea limbajului şi în formarea deprinderilor de comunicare, iar cea de-a doua, pentru că e legată de achiziţia unor noi forme de comunicare – citit-scrisul – odată cu adoptarea unui limbaj elevat, sub influenţa şcolii. De altfel, în aceste perioade, raportările dezvoltării limbajului la vârstă se pot face mai precis, dar există şi riscul apariţiei unor dezordini verbale, ca urmare a fragilităţii psihice, determinată de efort intelectual şi solicitare intensă.

Din nefericire, mijloacele de investigare a limbajului sunt reduse, iar cele care există, nu prezintă un grad ridicat de încredere. Cu toate acestea, evaluarea se poate realiza, în condiţii optime, apelând la o serie de mijloace tradiţionale şi la metode formative, care pun în evidenţă şi aspecte cantitative, dar, mai ales, calitative, care, în situaţiile date, sunt chiar mai importante decât cele dintâi. Ele sunt importante şi pentru faptul că, pe parcursul culegerii datelor, se pot obţine informaţii şi cu privire la o seamă de factori ce influenţează evoluţia limbajului, cum ar fi: condiţiile concrete în care se desfăşoară evaluarea, nivelul socio-cultural al familiei, existenţa sau lipsa fraţilor/surorilor în familie, timpul de apariţie a eventualelor tulburări şi în ce măsură acestea sunt singulare sau se asociază cu alte dizabilităţi, starea de sănătate somato-psihică a subiectului ş.a.

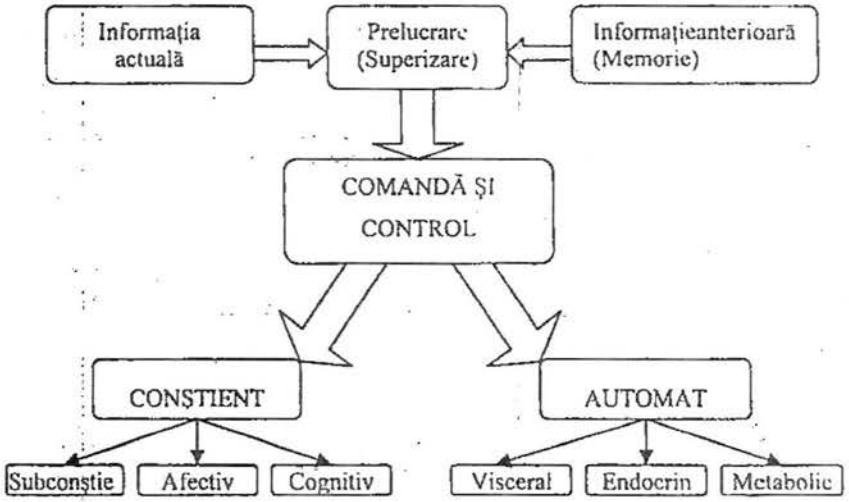
Trebuie subliniat că, într-un asemenea studiu, ne va fi greu să facem referire la toate mijloacele de colectare a datelor despre evoluţia şi nivelul limbajului; de altfel, nu credem că ar fi posibil acest lucru nici în alte situaţii, deoarece literatura de specialitate nu consemnează un asemenea inventar, iar specialistul poate avea intuiţia utilizării unor procedee de investigaţie personale, adaptate la obiectivele şi scopurile urmărite. Date fiind acestea, considerăm că pentru evaluarea limbajului şi pentru a crea posibilitatea raportării, în paralel, a datelor obţinute la condiţiile enumerate mai sus se impun o serie de metode ce pot fi folosite şi în studiul altor funcţii sau procese psihice. Pe acest plan, se remarcă, în primul rând, **anamneza**, prin intermediul căreia vom culege informaţii despre apariţia şi evoluţia vorbirii în copilăria timpurie, pe fondul dezvoltării fizice şi psihice. Cu cât informaţiile de acest gen sunt mai bogate, cu atât ne este mai uşor să le raportăm la factorii favorizanţi sau defavorizanţi ce influenţează, pertinent, dezvoltarea limbajului şi să alcătuim, în final, o imagine de ansamblu asupra caracteristicilor conduitei verbale la un subiect dat, la un moment dat. Totuşi, trebuie să remarcăm că acest demers nu este atât de simplu, cum pare, din cauza unor posibile dificultăţi legate de faptul că părinţii sau aparţinătorii copiilor nu îşi amintesc toate

evenimentele semnificative, uneori cooperează greu şi evită să răspundă la întrebările specialistului, iar alteori, au tendinţa de a exagera competenţele lingvistice ale copilului, ceea ce îi determină pe unii autori să îndemne la circumspecţie şi la selectarea atentă a datelor (J.A. Rondal, X. Seron, J.L.Lambert).

Diagnosticul ocupă un loc aparte în cadrul evaluării generale a limbajului, pentru că pe baza acestuia se poate elabora o metodologie adecvată de intervenţie psihologică şi logopedică. Şi aici apar o serie de dificultăţi, deoarece nu dispunem de date suficiente privitoare la calitatea şi cantitatea dezvoltării activităţilor lingvistice, la structurarea şi rolul lor, la nivelul posibil de atins şi la limita inferioară a normalităţii verbale, raportate la perioadele delimitate ale vârstelor umane. La acestea se mai adaugă şi diferenţele individuale în ritmul de achiziţie a limbajului, ca şi ceea ce François (1978) înţelegea prin variaţiile interindividuale, rezultate din folosirea unor dialecte diferite.

Pentru a evita, fie şi parţial, dificultăţile amintite, în evaluarea limbajului copilului, trebuie să se ţină seama şi de conduitele nonverbale, adică de influenţa lor asupra dezvoltării structurilor verbale şi de nivelul prezenţei lor în manifestările verbale, iar tulburarea semnalată se va aprecia pe o dimensiune de timp, dată de perioada de examinare.

Calitatea funcţionării creierului asigură nivelul de prelucrare a informaţiilor.

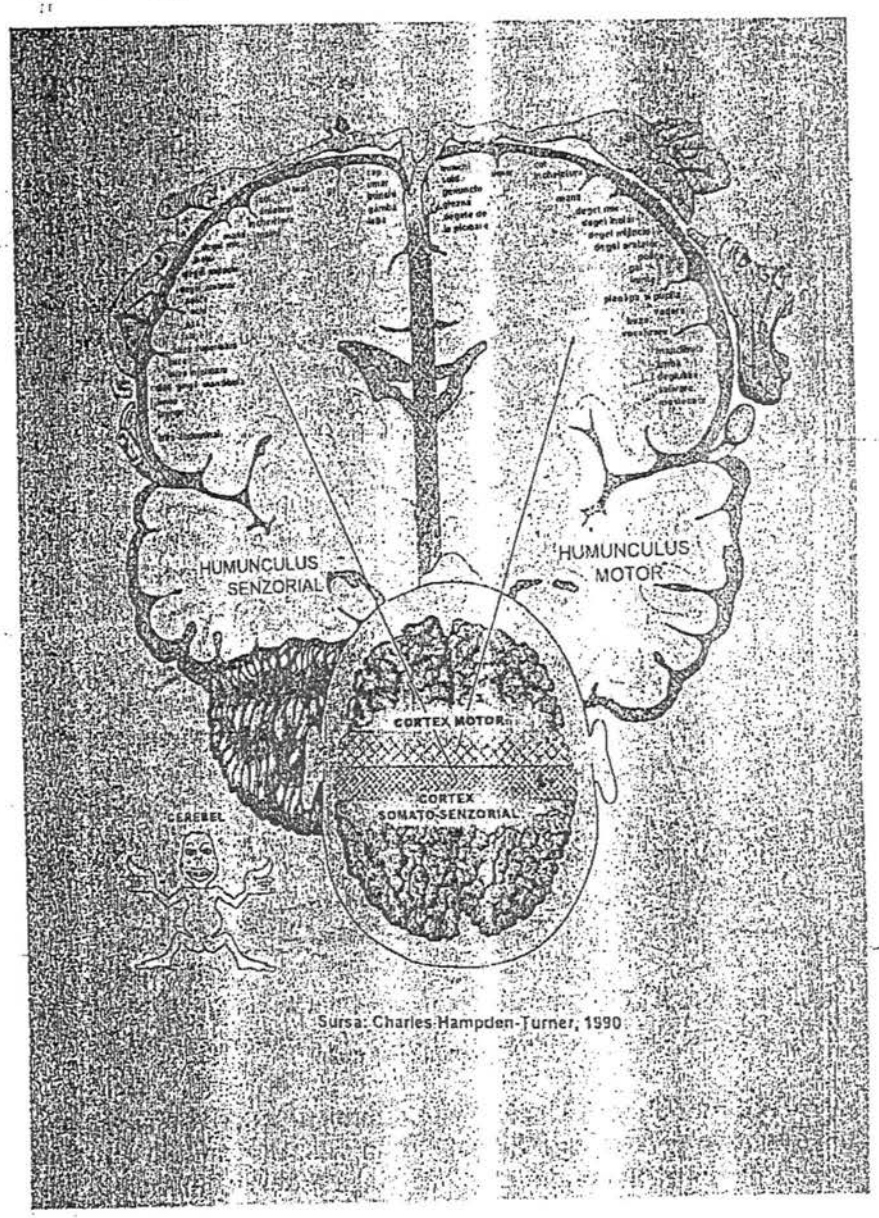


Schema generală de funcţionare a creierului

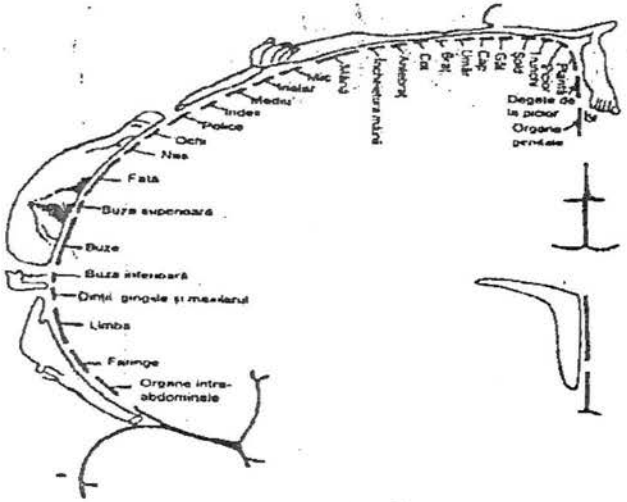
Dar diagnosticul nu poate şi nu trebuie să se limiteze la un singur aspect, şi anume acela de a pune în evidenţă, exclusiv, tulburarea de limbaj, ca atare. Astfel, diagnosticul trebuie să se refere la trei componente importante, în egală măsură: ***retardurile*** (sau întârzierile), ***regresiile*** şi ***tulburările***. Aceasta, cu atât mai mult cu cât de cele mai multe ori între ele există o relaţie nemijlocită care, chiar dacă este mai puţin evidentă, la momentul examinării, ea a fost prezentă, într-o măsură sau alta, chiar dacă este mai puţin evidentă, în perioadele de achiziţie şi de constituire a structurilor verbale.

Retardurile sau întârzierile se referă la faptul că subiectul nu atinge nivelul obişnuit de dezvoltare, conform vârstei cronologice. O asemenea caracteristică se poate manifesta, dintr-un motiv sau altul, chiar de la începutul iniţierii în folosirea limbajului şi ea capătă un statut de persistenţă pe un timp determinat sau se poate prelungi pe intervale mai lungi, când şi decalajul faţă de normal se accentuează şi inerent se ajunge la regresie. **Regresiile** semnifică, de altfel, existenţa unor forme şi structuri verbale ce sunt specifice nu stadiului de vârstă din care face parte subiectul, ci unui stadiu anterior. Drept urmare, conduitele verbale nu parcurg o traiectorie progresivă, ci, dimpotrivă, se pierd unele achiziţii, iar subiectul revine la forme de manifestare pe care le-a traversat în stadiile anterioare de dezvoltare. **Tulburările** apar după o perioadă minimă de la achiziţia limbajului şi ele pot fi definite ca abateri de la vorbirea standard sau ca manifestări anormale în conduitele verbale. Autori ca Rondal, Seron şi Lambert accentuează valoarea diagnostică a acestora, pentru a putea, printre altele, să le diferenţiem de retarduri şi regresii.

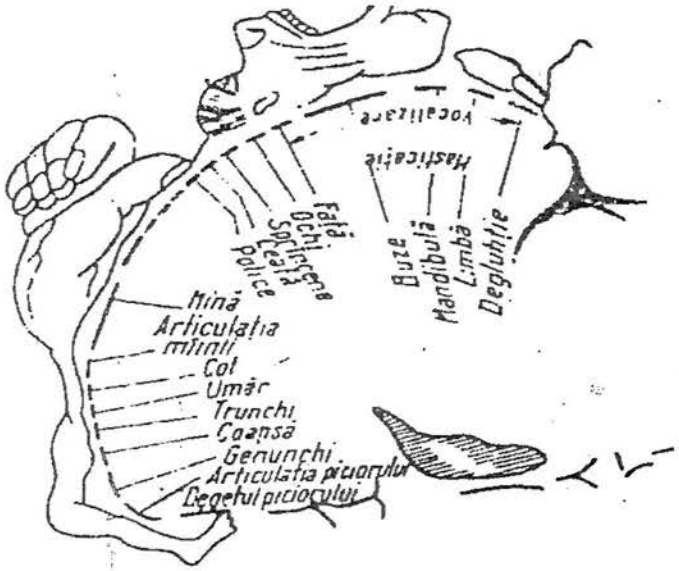
Subliniem nevoia de a distinge, prin intermediul diagnosticului, deosebirile dintre întârzierile, regresiile şi tulburările de limbaj, care se produc în mod temporar sau au un caracter fiziologic şi cele ce persistă în timp şi care au o semnificaţie logopedică (defectologică sau patologică). Astfel, pot exista întârzieri şi regresii cu o durată scurtă de timp, care se produc printr-o scădere a influenţelor stimulative, prin traversarea, de către subiect, a unei perioade dificile de sănătate, a unor experienţe afective negative ş.a., dar care, ulterior, sunt depăşite, revenindu-se la un curs de dezvoltare progresivă şi, drept urmare, ele nu îmbracă forme patologizante. Şi unele tulburări se pot manifesta pe fondul unei dezvoltări insuficiente a aparatului fonoarticulator sau a sistemelor cerebrale implicate în producerea limbajului, a dereglărilor bazate pe achiziţii reduse în planul vocabularului, toate tinzând să dispară odată cu atenuarea acestor cauze, fără a ajunge la tulburări propriu-zise, care să perturbe procesul normal de dezvoltare. Şi reprezentările Eului fizic sau psihic depind de integritatea unor zone din cortex.



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990



Homunculus senzitiv



Homunculus motor

Pentru a obține cât mai multe informații cu privire la evoluția subiectului, în general, și a limbajului, în special, demersul inițial se va baza pe utilizarea **anamnezei**. Pe lângă astfel de informații, prin

anamneză ne propunem să ordonăm istoria unui caz și să depistăm factorii care au favorizat apariția unor dereglări psihice și condițiile în care acestea au evoluat, ca pe baza lor să putem elabora un program viabil de educare, instrucție și de recuperare a subiectului în cauză. Ca urmare a informațiilor obținute prin anamneză, putem recurge la o orientare mai precisă a evaluării și diagnozei, pentru centrarea intervenției terapeutice pe cazul dat. Cum mediul de viață al subiectului poate fi traversat de evenimente cu o schimbare mai rapidă sau mai lentă, de schimbări care duc la zdruncinarea echilibrului psihic al subiectului, de modificări fundamentale ale evenimentelor educative sau de mediu peste care specialistul nu poate trece cu ușurință și, ca atare, orice program educațional-recuperativ nu poate și nu trebuie să le ocolească.

Fără a diminua importanța anamnezei, subliniem că informații suplimentare și mai precise, cu privire la aspectele descrise mai sus, pot fi obținute prin metodele ***observației*** și ***convorbirii*** cu subiectul. În cazul acesta, trebuie să respectăm câteva reguli care să faciliteze surprinderea aspectelor expresive (productive), cât și a celor receptive (de înțelegere) a limbajului. Dintre acestea, enumerăm:

- să ne formulăm un scop clar cu privire la intențiile noastre;
- să studiem subiectul în diferite ipostaze (activități libere și dirijate, organizate, în comunicarea cu un singur partener și în grup);
- să inventariem pe o foaie de observație toate achizițiile semnificative, dificultățile ivite, comprehensiunea și completitudinea mesajului verbal;
- să raportăm nivelul achizițiilor din plan verbal la alte paliere cu care corelează nemijlocit limbajul, în dezvoltarea sa (palierul senzoriomotor, intelectual, afectiv etc.);
- să înregistrăm eventualele dizabilități somatice, care sunt legate direct de producerea limbajului (aparatul fonoarticulator, kinestezia mâinii, psihomotricitatea fină și cea grosieră);
- să analizăm corespondența dintre nivelul dezvoltării limbajului și vârsta cronologică, pentru realizarea evaluării generale a calității dezvoltării ș.a.

Pe parcursul desfășurării observației și a convorbirii, vom încerca să stimulăm cât mai mult activitatea verbală a subiectului, folosind mijloace diverse (situații de joc în același timp cu

verbalizarea acțiunilor, adresarea de întrebări la care se solicită răspunsuri mai dezvoltate, citirea de imagini, povestiri prin care se urmărește nivelul închegării naraţiei, analiza unor producţii de scriere etc.). Dar, regula de bază, în aceste situaţii, este aceea de a capta interesul subiectului şi de a obţine cooperarea acestuia.

În ceea ce priveşte **probele (testele) propriu-zise**, destinate evaluării limbajului, facem încă o dată sublinierea că ele sunt reduse, ca număr, şi nu sunt, în toate situaţiile, relevante pentru scopul urmărit. Totuşi, dintre cele mai folosite probe pentru evaluarea limbajului recomandăm: proba pentru cunoaşterea vârstei psihologice a limbajului, elaborată de Alice Descoudres, proba de vocabular Rey, proba T.A.C.L.-R, ce pune în evidenţă înţelegerea verbală, prin evaluarea limbajului receptiv, proba de limbaj Borel-Maisonny, destinată evidenţierii capacităţilor lingvistice a copiilor de vârstă până la 5 ani, proba de citire – Bovét, ce măsoară dificultăţile de la nivelul lexiei, proba de flexibilitate asociativă – Ursula Şchiopu, M. Gârboveanu, A. Turcu ş.a.

Pentru a suplini unele neajunsuri ale acestor probe sau pentru a le completa cu date suplimentare, ni se pare mai adecvat să recurgem la probe simple, ce pot fi elaborate şi de către evaluator. Ele au avantajul că, prin intermediul lor, se va ţine seama nu numai de obiectivele propuse, dar şi de specificul limbii în care se face testarea. Câteva din modelele cunoscute pot constitui exemple de astfel de probe. Astfel, pentru a pune în evidenţă aspectele productive şi discriminative ale articulării fonemelor, ***lista de cuvinte*** a lui S. Borel-Maisonny constituie un material verbal valoros. Fireşte, în cadrul unei asemenea liste, pot fi folosite cuvinte fără sens, dar şi cuvinte cu sens, cu semnificaţie, într-o ordine combinatorică de foneme cu o articulaţie simplă, de tipul vocală-vocală, vocală-consoană, dar şi una mai dificilă, de tipul consoană-consoană, emitere de bi- şi trisilabe. Într-o cercetare efectuată de Rondal, Lambert şi Sobier (1980), pe subiecţi cu deficienţă mintală moderată şi severă, s-a relevat existenţa unui decalaj între performanţele de pronunţie, în condiţiile repetării unui material cu sens şi denumirea unor obiecte indicate, ceea ce înseamnă că, în ultimul caz, proba respectivă vizează mai mult vocabularul subiecţilor.

Pentru evaluarea vocabularului pasiv (de recepţie), se pot folosi probe care conţin ***liste de cuvinte şi imagini cu obiecte desenate***, pe care subiectul trebuie să le definească şi să le numească. Prin definirea cuvintelor, se evidenţiază capacitatea metalimbajului de circumscriere relativă a ariei semantice a cuvântului analizat. Aceasta nu înseamnă implicit şi o evaluare a vocabularului activ (de producţie), pentru că el presupune înţelegerea şi utilizarea curentă a cuvintelor. Totuşi, se pot folosi, pentru vocabularul activ, aceleaşi liste de cuvinte, dar mai numeroase, aplicate pe un timp mai lung, sau, şi mai edificatoare sunt ***înregistrările cuvintelor*** utilizate de subiect pe o perioadă de timp, ca ulterior să se analizeze frecvenţa lor, semnificaţia, nivelul de generalizare şi abstractizare etc. Este, prin urmare, mult mai greu de evaluat vocabularul activ. Şi asemenea probe pot fi elaborate de fiecare specialist evaluator, dar pot fi şi preluate dintr-o serie de teste care conţin liste de cuvinte ce se cer definite sau în care sarcina subiectului este de a stabili asemănările şi deosebirile dintre două cuvinte, mai mult sau mai puţin diferite. Fireşte, aceste teste nu pot înlocui informaţiile obţinute pe baza unor înregistrări a producţiei verbale a subiectului, pe o perioadă limitată de timp. Recoltarea de mostre de limbaj, în situaţii diverse (de activitate obişnuită, de conversaţie, de expunere a unei teme, de naraţie etc.) poate furniza informaţii bogate, atât cu privire la aspectele cantitative, cât şi a celor calitative ale limbajului. În plus, ele au avantajul că materialul colectat poate fi uşor raportat la vârsta subiectului, la nivelul mediu de dezvoltare a limbajului, în funcţie de vârstă, şi la contextul în care se face evaluarea, precum şi la progresele reflectate în nivelul lingvistic, de la o perioadă de timp la alta.

Dacă prin demersurile descrise mai sus, testăm, în principal, limbajul spontan al subiectului, când accentul cade pe dezvoltarea limbajului şi a structurilor verbale utilizate, dar nu şi asupra capacităţilor ce le poate manifesta în caz de nevoie, la ceea ce se referă la posibilităţile de frazare şi de aplicare corectă a normelor gramaticale. Astfel, se impune ca, în completarea informaţiilor despre limbajul spontan, să folosim probe cu caracter directiv, cum ar fi ***completarea de fraze lacunare*** sau, pur şi simplu, dirijarea conversaţiei prin întrebări bine determinate şi stimulative, pentru a provoca răspunsuri corespunzătoare obiectivelor urmărite.

În acelaşi context se înscrie şi **lectura după imagini**, care, pentru copiii preşcolari, poate fi considerată ca o etapă a prealfabetizării, dar şi o activitate prin care obţinem informaţii cu privire la capacităţile de frazare ale subiectului, la logica naraţiei, la calitatea şi cantitatea vocabularului, la eventualele tulburări de vorbire etc.

Foarte dificilă este evaluarea nivelului de înțelegere a limbajului. Pentru această situație, probele nu numai că sunt sărace, dar și cele care se folosesc sunt colaterale scopului urmărit. Nu ne rămâne decât să renunțăm la mijloacele psihotehnicii și să adoptăm forme obișnuite, cu riscul de a fi mai puțin precise. Astfel, în funcție de vârsta subiectului, se pot prezenta *planșe cu diferite acțiuni și fenomene* ce se desfășoară în ipostaze diverse și se cere subiectului să le descrie; se prezintă povestiri și texte cu un grad de dificultate din ce în ce mai mare, unde subiectul primește sarcina de a le explica; se pot prezenta, verbal, situații și fapte care nu sunt explicite, ci subînțelese din text, pentru a vedea dacă subiectul le sesizează; observarea subiectului (a firului logic adoptat și completitudinea explicației) în timpul expunerii unor fapte, în răspunsurile la lecții, în conversații și discursuri verbale ș.a.

Rezultă, așadar, că evaluarea limbajului și a comunicării nu se rezumă numai la diagnoza tulburărilor acestora, deoarece ea vizează, în egală măsură, toate laturile funcționale și de structură a conduitelor verbale, a nivelului dezvoltării limbajului și a locului ocupat de acesta în cadrul sistemului psihic uman, a contribuției pe care o are în elaborarea comportamentelor adaptative și a caracteristicilor de personalitate.

2. *Psihodiagnoza și prognoza în psihopedagogia specială*

Analiza noastră se desfășoară pe ansamblul domeniului de psihopedagogie specială, dar ca ramură științifică a acestui domeniu, logopedia și respectiv, categoriile de subiecți logopați se supun aceloraşi principii și forme de psihodiagnoză ce guvernează legitățile generale de măsurare și diagnosticare a diferitelor funcții și activități psihice. Psihodiagnoza limbajului și comunicării reprezintă componenta bazală în cunoașterea subiectului logopat.

De la emiterea ideii de măsură în psihologie, din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, experiența acumulată prin intermediul activității de psihodiagnoză, a determinat specializări pe domenii ce au făcut posibilă o mai fină diferențiere între normalitate și abatere de la aceasta, ceea ce a permis depistarea incapacității unor indivizi de a se ridica la nivelul etichetat ca normal. Activitatea psihică nu se poate decela direct, ci doar prin intermediul exprimării ei, a unor

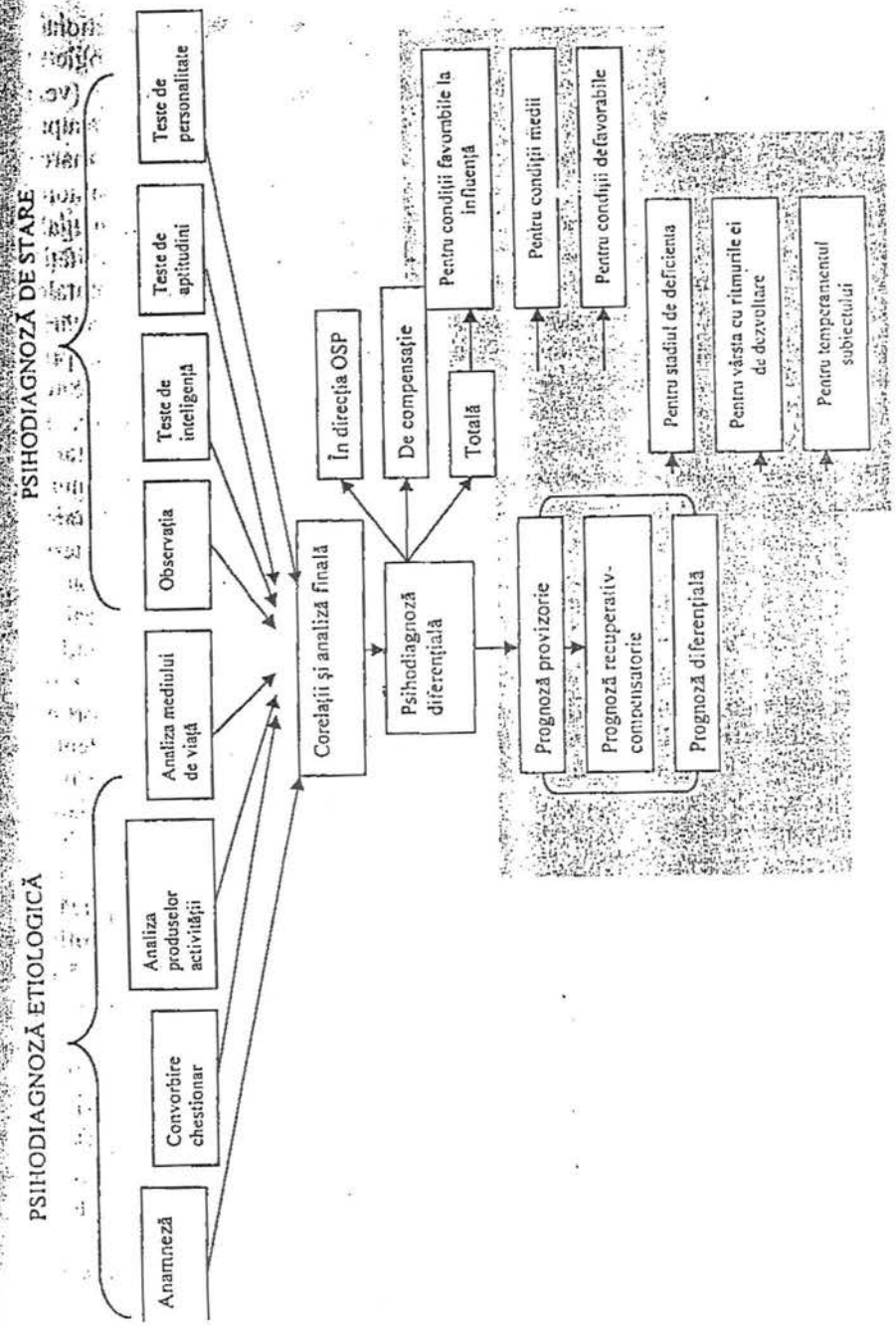
comportamente, fapt ce solicită decodificarea acestora ca o condiție a înțelegerii lor. La persoanele handicapate sunt implicate două aspecte; pe de-o parte, în astfel de cazuri, manifestările psihice sunt pertinente, cu răspunsuri fără ocol la situațiile stimulative care facilitează pătrunderea în intimitatea psihică și evaluarea ei, iar pe de altă parte, persoanele cu deficit și handicap au mai puține posibilități de a recepționa stimulii înconjurători și de a elabora răspunsuri cantitative și calitative la fel cu cele ale normalilor, ceea ce îngreunează analiza de ansamblu a expresiei psihice. „Orice manifestare sau act de comportament este rezultatul a două elemente, a naturii persoanei sau subiectului uman considerat, care acționează sau reacționează, și a naturii situației în care se află subiectul. Situația este sursa de stimulare a comportamentului. Comportamentul poate fi evaluat, observat" (Ursula Schiopu, 1976, p. 42).

Diagnoza psihică are o valoare relativă, deoarece subiectul handicapat prezintă variații notabile de la o perioadă la alta, de la o vârstă la alta, ca urmare atât a acumulărilor prin programele recuperatorii, cât și a dezvoltării funcției compensatorii ce se modifică în permanență sub influențele educației și ale activității. Recuperarea și compensarea sunt deosebit de active pe toate palierele dezvoltării, la handicapații senzoriali (de văz și de auz), psihomotorii și de limbaj, dar există perioade de stagnare, de oscilație, la deficienții de intelect. La acestea se adaugă și posibilitățile reduse de delimitate, în toate situațiile, a zonelor normale de cele deteriorate sau în curs de involuție inevitabilă spre handicapare. Dat fiind faptul că și din punct de vedere anatomo-fiziologic apar modificări mai frecvente la handicapați față de normali, manifestările psihice (comportamentale) ce se iau în considerație, în psihodiagnoză, au un caracter discontinuu și dificil de evaluat. Pentru a spori gradul de încredere în valoarea psihodiagnozei, examinarea-reexaminarea se efectuează la un interval de timp ce trebuie apreciat în raport cu capacitatea ce se măsoară, de ritmul achizițiilor subiectului și de cantitatea-calitatea procesului în care este implicat subiectul pe linia informativă și formativă la un moment dat. Unii autori subliniază, pe bună dreptate, că retestarea la un interval de timp prea scurt prezintă pericolul ca subiectul să-și reamintească răspunsurile date în faza de testate și atunci nu ar mai constitui două testări, iar dacă intervalul este prea lung, funcția măsurată se modifică atât de mult, prin dezvoltare, încât se ajunge la o nouă valoare comportamentală. O asemenea situație este vizibilă la handicapații de limbaj, la cei senzoriali și motori, dar este limitată la deficienții de

intelect, deoarece memoria este deficitară, iar achiziția în dezvoltare e lentă. În schimb, pentru urmărirea nivelului de dezvoltare psihică și a modificărilor comportamentale bazate pe învățare (indiferent de forma acesteia), reexaminarea periodică la intervale de timp ceva mai lungi are semnificația precizării noului Q.I. și emiterea unor judecăți cu valoare de predicție asupra subiectului ce trebuie și ea revizuită periodic. Ca atare, funcția de predicție ce transpare încă din acțiunea de psihodiagnoză, în domeniul psihopedagogiei speciale, este limitată în timp, fapt ce presupune trecerea periodică a subiectului printr-o astfel de examinare. În acest context, considerăm că pentru a efectua o psihodiagnoză validă în defectologie, este necesar să se îndeplinească următoarele condiții: diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale în producerea handicapului; stabilirea rolului factorilor socio-culturali și familiali; depistarea factorilor etiologici; estimarea nivelului de handicapare (psihică, senzorială, motrică etc.), în raport cu datele cuantificabile ale gravității deficienței; evaluarea prognozei, ca și a șanselor mai bune de influență corectivă, prin stabilirea unui tip specific de metodologie compensativ-recuperatoriu.

Prognoza se referă la dezvoltarea probabilă a cazului și este cu atât mai validă, cu cât este mai corect diagnosticul diferențial și etiologic. Metodele psihodiagnostice devin credibile dacă au fost validate după criterii științifice și dacă sunt aplicate și interpretate de specialiști în domeniul psihologiei sau a psihopedagogiei speciale. În fapt, orice test devine insuficient pentru a determina complexitatea fenomenelor psihice și, deci, specialistul are capacitatea să analizeze gama de probe ce se vor aplica în funcție de scopul urmărit și întinderea manifestărilor studiate. Subliniem că în psihopedagogia specială probele (testele) ce se folosesc cu scopul de diagnoză psihică pot fi întrebuințate cu rezultate semnificative și în cercetare și în procesul de învățare-dezvoltare a unor cunoștințe, deprinderi, aptitudini etc. În acest din urmă caz, subiectul handicapat este foarte receptiv dacă probele respective au o componentă ludică sau dacă sunt aplicate sub forma unor jocuri (cuburile Kohs, imagini cu lacune, completarea de fraze neterminate, exprimarea preferinței pentru o anumită culoare dintr-un set de culori dat etc.).

Pentru efectuarea riguroasă a psihodiagnozei și mai ales pentru alcătuirea unui program recuperator eficient, care să țină seama atât de capacitățile de dezvoltare ale handicapatului, cât și de condițiile obiective ale desfășurării, respectiv dosarul analizei trebuie să



cuprindă, de asemenea, date obţinute prin anamneză, chestionar, observaţie etc. Toate acestea permit constituirea profilului psihologic al persoanei şi evaluarea prin prognoză a evoluţiei sale ulterioare (vezi schema prezentată). Fără îndoială, sunt unele funcţii psihice asupra cărora trebuie să se insiste mai mult. Asemenea funcţii pot marca dezvoltarea care, la handicapaţi, de obicei nu se realizează pe ansamblu, ci pe anumite laturi, şi când un astfel de fenomen al dezvoltării inegale este dirijat pentru a antrena cât mai multe din structurile personalităţii, manifestările pozitive devin evidente în toate formele comportamentale. În asemenea situaţii, mecanismele formării deprinderilor şi ale învăţării, deşi se diferenţiază pregnant în raport de gravitatea deficienţei, prin recuperare se stimulează motivaţia şi trăirile emoţional-afective ce contribuie la crearea unor stări tensionale care să mobilizeze, să orienteze, să stimuleze pulsiunile subiectului spre formarea şi dezvoltarea activismului, spre elaborarea unor comportamente practice sau mentale independente. În ansamblu, dezvoltarea personalităţii şi manifestarea comportamentală se efectuează în conformitate cu anumiţi patterni personali specifici. Aceştia diferă de la individ la individ, ceea ce înseamnă că şi capacitatea de achiziţie este diferită, ca şi raportarea ori elaborarea de răspunsuri la diversele împrejurări ale mediului. Psihodiagnosticianul trebuie să pună în evidenţă diferenţele specifice ale persoanei testate, calităţile şi minusurile prin care se remarcă în raport cu ceilalţi indivizi de aceeaşi vârstă sau de vârste diferite. Pentru defectologie, testarea – evaluarea – diagnosticarea constituie triada prin care se relevă competenţa psihodiagnosticianului. De aici şi predicţia ce se impune a fi efectuată de acelaşi specialist atât din raţiuni de competenţă, cât şi practice, de organizare a procesului instructiv-educativ, în vederea recuperării handicapaţilor. Modificarea periodică a prognozei se impune nu numai datorită achiziţiilor din planul informativ-formativ al subiectului handicapat, dar şi faptului că nu poate fi luată în consideraţie o „stabilitate absolută, nici instabilitate absolută" a C.I. care suferă de fluctuaţii, în funcţie de o serie de factori analizaţi în repetate rânduri de specialişti, cu ocazia actului psihodiagnostic (R.Zazzo). „Ştim, pe de altă parte, afirmă R.Zazzo, că fidelitatea unui C.I. tinde să varieze invers proporţional cu mărimea sa. Ea este mai bună pentru C.I.-uri inferioare lui 70, decât pentru C.I.-uri superioare lui 130. De regulă, *pentru diagnosticul individual*, se impune întotdeauna o mare prudenţă; factorii aleatori, care tind să se anuleze la scara grupei, pot influenţa C.I.-ul individual, în sensul unei diminuări; este necesar, de aceea, ca un rezultat

slab obţinut la test să fie considerat mai puţin sigur decât un rezultat bun"(R.Zazzo, 1979, p.19-20).

Dacă admitem instabilitatea C.I., pentru subiecţii handicapaţi în general şi, în special, pentru cei de intelect şi senzorial, instabilitatea este mai mare în unele sectoare ale dezvoltării psihice faţă de altele. Să ne gândim numai la variaţiile trăirilor emoţional-afective şi motivaţional-voliţionale care îşi pun amprenta pe calitatea şi cantitatea structurilor ce alcătuiesc personalitatea individului. La acestea, se adaugă şi aspectele legate de evoluţia sau involuţia somatică care lărgesc aria dispersiilor pe toate palierele dezvoltării psihice. Pentru handicapaţii ce se află sub vârsta mentală de 6 ani, sau pentru cei care o depăşesc pe cea de 12 ani, fluctuaţiile sunt mai accentuate pe toate laturile dezvoltării psihismului şi, ca atare, se înţelege, prognoza este semnificativ probabilistică. Aceasta se datorează dificultăţilor de testare-evaluare a diferitelor însuşiri psihice pentru handicapaţii sub vârsta mentală de 6 ani şi a schimbărilor relativ rapide pentru cei care depăşesc vârsta mentală de 12 ani, ca urmare a influenţelor factorilor înconjurători. Chiar şi particularităţile activităţilor recuperatorii imprimă o anumită specificitate actului psihodiagnostic şi mai cu seamă, a celui pronostic în defectologie. La acestea se adaugă marea labilitate a influenţelor educative care dau un caracter aleatoriu dezvoltării, mai evident la handicapaţii cu deficienţe asociate sau la cei cu deficienţă profundă. Se impune astfel, ideea că paradigmele defectologiei se exprimă, printre altele, şi în raţionamente ce permit considerarea deficientului într-un proces în care acţionează, pe de o parte, factorii de dezvoltare specifici vârstei şi raportabili la reperele psihogenetice generale, iar pe de altă parte, factorii compensatori naturali şi dobânditi prin procesele recuperative până la un anumit moment dat.

Atât factorii din prima categorie, cât şi cei din a doua trebuie raportaţi la reperele utilizate în psihopedagogia specială şi ramurile ei prin considerarea că personalitatea deficientului poate fi accentuată pozitiv sau negativ. Astfel, formarea şi dezvoltarea deficientului pentru viaţă deschide perspective evoluţiei şi imprimă un caracter permanent activităţii recuperatorii prin depăşirea stadiului acţiunii şi trecerea în cel de transformare. Asemenea transformări se vor desfăşura atât pe verticală, cât şi pe orizontală pentru a putea valorifica la maximum caracteristicile handicapatului şi posibilităţile lui compensatorii. De aici, ideea că subiectul nu numai că trebuie implicat în acţiune, ci introdus în structura ei ca o condiţie a încărcării de tensiune psihică.

În funcţie de condiţiile de mediu şi de educaţie, apar relaţii, cerinţe, activităţi noi care, în raport de resursele interne şi de calitatea procesului, determină restructurări lente sau bruşte. În condiţiile de mediu şi de educaţie cu caracter instabil şi neorganizat, procesul recuperării este superficial, iar dezvoltarea psihică încărcată de disconfort. Dacă un astfel de proces durează sau se accentuează, se instalează la subiecţi reacţii contradictorii, aberante, de apărare, de anxietate, de agresivitate etc. În cazul în care influenţele de mediu şi educaţie sunt corelate şi organizate, se realizează echilibru pe baza interiorizării şi acumulării de comportamente pozitive, complexe şi constructive. În acest context, prognoza operează în vederea individualizării activităţilor de recuperare. *Prognoza de scurtă durată* implică stabilirea rolului fiecăruia din factorii evocaţi mai sus pe linia cea mai sensibilă de stimulare a dezvoltării psihice şi în continuare. Prognoza de scurtă durată se referă la 10-12 luni (la copiii fără deficienţe, o astfel de prognoză se face pentru o perioadă de peste un an şi jumătate). Estimaţia se nuanţează în funcţie de caracterul favorizant sau nu al mediului general de dezvoltare. Reperele compensative de care dispune subiectul constituie punctul central şi forte al prognozei de scurtă durată. *Prognoza de lungă durată* implică organizarea treptată a statutelor şi rolurilor sociale posibile de atins pentru fiecare handicapat.

Dar între cele două tipuri de prognoze există strânse legături şi ele nu trebuie concepute separat nici teoretic şi cu atât mai mult în demersul practic. Prognoza de scurtă durată, ca şi prognoza de lungă durată, este în genere implicată în strategiile ce ţin de foarte mulţi factori imprevizibili. Cele două forme de prognoză constituie, împreună, părţi componente ale tratării şi recuperării individului. Pe această direcţie, ramurile psihopedagogiei speciale îşi vor accentua caracteristicile aplicative şi îşi vor spori eficienţa prin punerea în centrul atenţiei a intervenţiilor (instructive, educative sau psihoterapeutice) care urmăresc modificarea structurilor comportamentale şi a substructurilor psihice ce le energizează. Intervenţiile menţionate vor ţine seama de capacitatea organismului de a răspunde unor cerinţe, capacitate ce este deosebit de activă la vârstele copilăriei. Această capacitate se bazează pe mijloacele de recuperare. Recuperarea este *naturală*, când acţionează prin subsistemul psihic aflat în stare critică, şi de *compensaţie* sau supleanţă, când funcţiile tulburate sunt preluate de alte segmente ale sistemului psihic. Cu toate că plasticitatea sistemului nervos şi intensitatea acestuia care întreţine fenomenele recuperatorii nu facilitează în toate categoriile de handicap acţiunea educaţiei, ea devine totuşi eficienţă prin organizarea întregii activităţi de la simplu la complex şi amplificarea evenimentelor cu semnificaţie pozitivă.

În aceste fenomene se înglobează şi strategiile prognozei de lungă durată, care operează la copiii handicapaţi (ca, de altfel, şi la cei normali) cu rezerve de aptitudini şi cu nuclearizarea de interese în jurul acestora. Strategiile prognozei de lungă durată se obiectivează în datele generale incluse în procesele de recuperare şi în programele speciale suplimentare ale acestora şi constituie schema în care se înscrie complexul de factori şi condiţii ce pot face cât mai eficientă recuperarea. Desigur, pentru aceasta trebuie să se ţină seama – pe parcursul demersului recuperativ – de efectele directe şi secundare ale ameliorării obţinute în timp. Ca atare, se pot efectua numeroase scheme de astfel de prognoze, fie individualizate la cazurile particulare, fie generale, cu valoare pe categorii de handicapaţi sau pentru toate tipurile de deficienţi. Şi unele şi altele implică procese de raţionalizare în abordarea „cazurilor" de deficienţi, strategii de acţiuni recuperatorii ce asimilează atât efectele de progres în dezvoltarea psihică, cât şi pe cele de recuperare compensatorie (efecte secundare şi terţiare). Noi considerăm că organizarea activităţii devine operativă, prin adaptarea următoarei strategii, ca schemă generală de acţiune:

Activităţi ludice – activităţi de învăţare – activităţi recuperatorii – activităţi de profesionalizare – activităţi integrative socioprofesionale – adaptate.

O astfel de schemă se constituie ca o metodologie educaţională ce ar trebui să pornească de la cunoaşterea caracteristicilor individuale bazate pe aplicarea unor probe (în special,de evaluare a personalităţii şi a posibilităţilor intelectuale) şi să ajungă la demersuri în care eficienţa şi economicitatea să fie implicate nemijlocit în procesul activităţii recuperativ-integrative a deficienţilor.

În realizarea prognozei trebuie să se ţină seama că prin educaţie se ajunge la un anumit stadiu de organizare a personalităţii handicapatului. Strategiile următoare vor considera această organizare a personalităţii ca un factor de perspectivă în evoluţia individului, la care trebuie să adăugăm noi valenţe prin considerarea relaţiei dintre intern-extern, pe de o parte, şi a relaţiei dintre educaţie, ca acţiune şi educaţie, ca transformare, pe de altă parte. Pe această direcţie se pot valorifica teoria asimilării şi acomodării, a lui Piaget, cea a interiorizării acţiunilor, a lui Galperin, a disonanţei cognitive, a lui Festinger, taxonomia lui Bloom etc.

În acelaşi timp, prognoza trebuie să creeze posibilitatea, chiar şi limitată, ca handicapatul să depăşească prezentul şi să fie proiectat în viitor. O asemenea proiecţie devine operantă prin oferirea de modele pozitive de viaţă, prin crearea de scopuri clare cu privire la activitate, a motivaţiei tonifiante, a organizării intereselor şi menţinerea confortului psihic.

Psihodiagnoza în defectologie este o etapă intermediară între diagnoza organică (când prin teste clinice se pune în evidenţă deficitul primar), diagnoza funcţională (metodele clinice vor releva insuficienţele funcţional-fiziologice ale unor organe sau a întregului organism) şi diagnoza socială (ce evaluează, prin metode psihopedagogice, capacităţile handicapatului de a răspunde la cerinţele mediului înconjurător, de a adopta atitudini corespunzătoare şi de a participa la viaţa colectivă) şi prognoză. (vezi schema).

Primele două forme de diagnoză sunt anterioare psihodiagnozei şi cad, în parte, în sarcina domeniului medical, iar următoarele două urmează psihodiagnozei şi revin domeniului psihopedagogic, mai exact specialiştilor care se ocupă de instruirea, educarea, profesionalizarea şi recuperarea deficienţilor. Săgeţile din schema prezentată indică, pe de o parte, strânsa legătură dintre diagnoza organică şi cea funcţională, dependenţa aprecierii în bună măsură a stării funcţionale de cea organică şi invers, iar pe de altă parte, relaţia nemijlocită dintre diagnoza socială şi prognoză, prin existenţa multor elemente comune (de referinţă, în

aprecierea lor) ce le conţin şi una şi alta, dar având, totodată, un specific evidenţiat mai sus pentru prognoză. Diagnoza psihică are o independenţă mai mare, devenind, în acelaşi timp, elementul fundamental pe baza căruia se realizează diagnoza socială şi prognoza.

Din punct de vedere deontologic, în actul psihodiagnostic trebuie să se ţină seama de o serie de condiţii, printre care şi de aceea de a asigura încrederea subiecţilor în examinator. Această condiţie asigură colaborarea subiecţilor şi înlăturarea stării de anxietate care este deosebit de accentuată la handicapaţii senzoriali şi de limbaj. Pentru handicapaţii de intelect, o importanţă mai mare îl are succesul sau insuccesul care determină o atitudine pozitivă sau negativă faţă de sarcină, modificând răspunsul, performanţa, în raport de dispoziţia subiectului. Labilitatea psihoafectivă a handicapaţilor influenţează, desigur, comportamentul subiectului în faţa sarcinii, fapt pentru care psihodiagnosticianul va trebui să creeze condiţia de confort pe timpul examinării, să înlăture, pe cât posibil, orice influenţă exterioară ce ar putea să distragă atenţia. Rezultatele obţinute în urma examinării vor fi corelate cu elementele surprinse prin analiza activităţii subiectului, pentru a căpăta convingerea fixării unei diagnozei psihice complete şi a prognoze prin care să valorifice, în primul rând, însuşirile definitorii ale componentelor viitoare. În acest sens, un rol major îl are pregătirea profesională a psihodiagnosticianului, stăpânirea cuceririlor teoretice ale psihologiei actuale şi luarea în consideraţie a structurilor de personalitate ale subiectului. În acest context, esenţial, în psihopedagogia specială, este raportarea datelor obţinute pe baza probelor aplicate la condiţia adaptării subiectului la mediul înconjurător. Adaptarea sau neadaptarea este nu numai un indiciu al diferenţierii normalului de deficient, dar şi un parametru în aprecierea eficienţei programelor noastre recuperative.

Psihodiagnoza, ca şi evaluarea, este un proces complex şi dinamic de cunoaştere a unor caracteristici particulare a diferitelor funcţii, procese şi activităţi psihice sau a unor particularităţi general-globale ale personalităţii şi comportamentelor individului cu scopul de a adopta o metodologie de intervenţie, menită să direcţioneze dezvoltarea individului prin valorificarea maximală a potenţialului şi a disponibilităţilor ce îl caracterizează. Din aceeaşi perspectivă, se va

urmări înlăturarea distorsiunilor ce apar la nivelul unor paliere psihice, prin elaborarea şi parcurgerea unor programe personalizate şi adaptate la condiţiile psihoindividuale ale fiecărui subiect, pentru a obţine rezultate eficiente în activităţile educaţional-recuperative.

Psihodiagnoza nu se poate limita numai la consemnarea şi evidenţierea deficitelor, ci trebuie să surprindă şi aspectele pozitive prin intermediul cărora se acţionează asupra funcţiilor mai puţin evoluate sau a celor aflate în stare critică, cu scopul de a le dezvolta sau de a recupera şi compensa distorsiunile apărute în viaţa subiectului.

Spre deosebire de evaluare, care pune accent pe formularea unor judecăţi de valoare referitoare la aspectele desprinse prin măsurători, comparaţii, relaţionări pentru a surprinde semnificaţii legate de comportamente, atitudini, motivaţie, funcţionalitate/neadecvare psihică etc., prin psihodiagnoză se explorează şi se analizează diferite componente ale activităţii psihice şi ale personalităţii, ca ulterior să fie raportate la modalităţile de expresie – limbaj, comportament, atitudini – şi la forme de relaţionare – afectivă, profesională, socială.

3. Intervenţia terapeutică în logopedie

Pe baza rezultatelor evaluării limbajului şi a comunicării, a diagnosticării tulburărilor respective, se adoptă un program clar de *intervenţie terapeutică*, cu scopuri şi obiective, cu etapele ce trebuie parcurse şi căre, din componentele mai importante, sunt vizate, în fiecare etapă, ce mijloace, metode şi procedee se folosesc, ce se aşteaptă să se obţină pentru a se ajunge la o prognoză cât mai apropiată de realitate. În cadrul intervenţiei terapeutice, putem vorbi de o intervenţie precoce ce are, predominant, un caracter preventiv. Pe acest plan, se urmăreşte identificarea factorilor de risc şi a cauzelor care au determinat eventualele distorsiuni sau dezordini verbale, pentru a încerca înlăturarea sau reducerea lor. Se ştie că nu ne putem baza, în toate cazurile, pe demersurile făcute de părinţi, pentru a-şi prezenta copilul la specialist şi nici pe o relatare completă care a dus la dificultatea respectivă. Poate fi un dezinteres, o necunoaştere, lipsă de timp, o tendinţă de a ascunde fapte pentru care se învinovăţesc, dar care dăunează interesului copilului. Aceste lacune pot fi suplinite printr-o activitate multi- şi interdisciplinară, în care să-şi găsească locul specialişti în psihologie, logopedie, medicină şi asistenţă socială.

Intervenţia precoce are şi alte avantaje, pe lângă cele enumerate mai sus. În primul rând, este de subliniat că se pot evita o serie de conflicte şi atitudini negative ale membrilor familiei faţă de subiect. În al doilea rând, subiectul poate fi încadrat într-un sistem pedagogic de instrucţie, fără să se simtă inferior semenilor săi.

Dar, ne exprimăm şi unele rezerve cu privire la exagerările (de multe ori, prezente astăzi) intervenţiei precoce sau intervenţiei timpurii. Din acest punct de vedere, zelul peste măsură poate dăuna subiectului, iar specialistul se poate îmbăta cu un succes care, probabil, s-ar fi produs în mod firesc prin evoluţia naturală a subiectului. Suntem întrutotul de acord cu rezervele de acest gen, formulate de Rondal, Seron şi Lambert:

1. Transformând şi cel mai mic decalaj comportamental într-o problemă serioasă, specialiştii mult prea normativi vin în întâmpinarea mediilor familiale prea anxiogene. Această complicitate dintre mediul familial anxiogen şi terapeutul mult prea zelos poate avea drept consecinţă instalarea tulburărilor iatrogene (întreţinute de părinţi şi de terapeut). Copilul poate percepe situaţia ca fiind profitabilă, speculând-o pentru a atrage atenţia asupra lui. De asemenea, în cazul terapiei conduse înainte de a se manifesta tulburarea, putem atrage atenţia copilului asupra diferenţelor dintre el şi alţi copii, pe care acesta nu le sesizase înainte.

2. Intervenţia precoce, în cazurile de îndepărtare uşoară de la normă, poate împiedica analiza dezvoltării acestor abateri. Dacă abaterea dispare, ne putem întreba dacă nu s-ar fi întâmplat acest lucru oricum. Dacă se perpetuează, putem să ne întrebăm dacă nu cumva s-a fixat în urma metodelor terapeutice.

3. Intervenţiile precoce tind să fie exagerat normative, atunci când este vorba de variaţii interindividuale şi au tendinţa de a nu accepta „bunul simţ" în folosirea vorbirii comune. Din acest punct de vedere, trebuie să ne manifestăm reţineri faţă de ceea ce François (1978) numea atitudine supra-normativă a şcolii, atitudine pe care Hebrard (1975) o consideră la baza tuturor testelor de limbaj existente în Franţa.

4. În sfârşit, nu trebuie neglijat faptul că angajarea exagerată a logopezilor, pediatrilor şi a psihologilor în asemenea acţiuni de intervenţie precocă poate coborî pragul devianţelor considerate patologice.

Când avem de-a face cu tulburări mai severe, riscurile de a greşi se reduc, atât în ceea ce priveşte diagnoza, cât şi în aprecierea factorilor de risc sau a cauzelor care au stat la baza producerii dizabilităţii respective.

Odată ce sunt înlăturate aceste rezerve, putem afirma că intervenţia precoce sau timpurie se justifică din următoarele motive:

- acţiunea bazată pe un program riguros şi ştiinţific de intervenţie în perioadele micii copilării permite o stimulare eficientă a dezvoltării limbajului, iar achiziţiile sunt mai corecte şi mai rapide, dat fiind marea plasticitate a sistemului nervos central şi a organelor fonoarticulatorii;
- se evită învăţarea verbală greşită şi se creează posibilităţile mai adecvate de relaţionare cu cei din jur;
- tulburările de limbaj apărute au tendinţa de a se consolida, cu timpul, ca deprinderi negative; or printr-o intervenţie logopedică calificată, efectuată înaintea stabilizării dificultăţii, se facilitează corectarea (recuperarea) şi duce la stimularea apetitului pentru vorbire;
- prin corectarea şi dezvoltarea limbajului, structurile de personalitate au o evoluţie armonioasă şi continuă, ce se manifestă prin comportamente tot mai adaptabile; deşi, din perspectiva celor analizate în prezentul studiu, prin intervenţia precoce, accentul cade, nemijlocit, pe dezvoltarea limbajului (şi înlăturarea retardului verbal) sau pe corectarea tulburărilor apărute, nu trebuie neglijat faptul că, indirect, are loc o stimulare a întregii activităţi psihice, atât prin materialul verbal utilizat în cadrul programului de intervenţie, cât şi prin solicitările subiectului de a verifica, de a da expresie ideilor şi trăirilor sale.

Fireşte, intervenţia terapeutică nu poate şi nici nu trebuie să fie redusă numai la intervenţia precoce. Ea se poate realiza la oricare altă vârstă a subiectului şi ori de câte ori este necesar, dar metodele folosite şi modelele de intervenţie sunt diferite şi adaptate la vârsta cronologică şi

mintală a celui ce beneficiază de acţiunea terapeutică. Indiferent că este vorba de intervenţie logopedică, psihologică, educaţională etc., ea nu se poate limita, exclusiv, la subiectul cu dificultăţi într-un plan sau altul, ci trebuie extinsă şi asupra părinţilor, educatorilor, asupra mediului familial şi şcolar, asupra celor cu care persoana vine în contact în mod curent. În special, la nivelul părinţilor şi al educatorilor trebuie oferite o serie de servicii, cum ar fi cele legate de informarea acestora cu privire la cauzele care stau la baza handicapului copilului, şansele pe care le are în procesul recuperativ, precum şi abilitarea acestora în folosirea unor metode, pentru a putea continua acţiunea terapeutică. Astfel, ei pot deveni un sprijin eficient pentru susţinerea programelor de intervenţie şi pentru crearea unei atmosfere afectiv-motivaţionale atât de necesară subiectului în dificultate. Sunt numeroase cercetări care demonstrează importanţa antrenării părinţilor şi a educatorilor în acţiunea de intervenţie terapeutică, nu numai pentru sprijinul şi continuitatea activităţii respective, dar şi pentru integrarea subiecţilor în mediul obişnuit de viaţă.

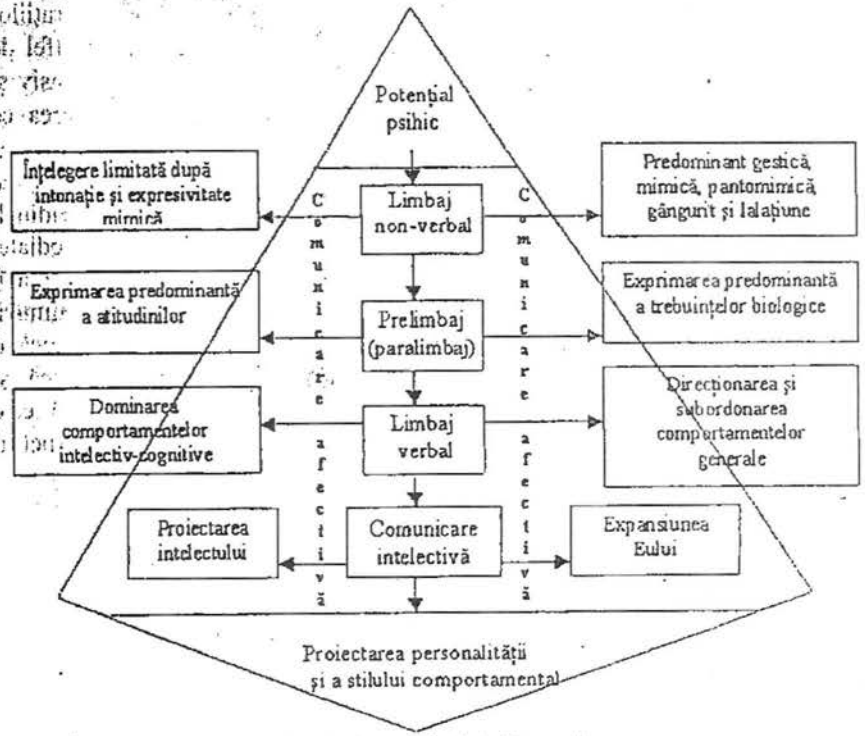
Intervenţia şi antrenarea parentală corespunzătoare cuprind, în mod necesar, şi acţiunea de ***prevenţie***. Prevenţia unor deficite de limbaj (sau a unor dizabilităţi) nu poate fi realizată numai de profesionişti, deoarece părinţii, şi în general, persoanele care se ocupă de copil, dispun de mai multe mijloace şi timp pentru a menaja sensibilităţile copilului, astfel încât să se evite factorii de risc implicaţi în producerea diferitelor tulburări. Fără îndoială că, în funcţie de modul de implicare în programele de intervenţie şi de competenţa părinţilor, a altor persoane care se ocupă de copil, depinde şi eficacitatea prevenţiei, a reuşitei întregii acţiuni de intervenţie, indiferent de natura acesteia.

În cadrul colaborării cu părinţii, una din componentele esenţiale este şi aceea a informării acestora despre modalităţile prin care ei pot contribui la dezvoltarea limbajului copiilor. Astfel, este necesar să-i facem să înţeleagă că imitaţia joacă un rol important în însuşirea pronunţiei, ceea ce face ca modelul părinţilor, bunicilor etc., să fie urmat de copil, iar dacă acesta este greşit, atunci există o mare probabilitate să se manifeste şi în vorbirea copilului. Părinţii pot stimula pronunţia copilului pe două căi principale: în primul rând, este nevoie ca pronunţia unor sunete şi cuvinte să fie repetată clar şi de mai multe ori, până când copilul reuşeşte să o adopte în mod corect. Acelaşi lucru trebuie să-l facă şi celelalte persoane cu care copilul interacţionează. În al doilea rând,

părinții trebuie să știe că la vârstele mici (și nu numai) este foarte importantă **comunicarea afectivă** cu copilul. Pentru a putea interacționa eficient cu copilul, adultul îl învață pe acesta să asculte și să înțeleagă ce i se comunică, iar el va adopta un sistem de comunicare care să-l apropie de copil, să-l facă pe acesta să se simtă bine și să participe cu interes la desfășurarea acțiunii. Se adoptă un stil de comunicare adaptat vârstei copilului, în care, pe lângă corectitudine, vorbirea se realizează într-un ritm mai lent și cu o voce mai intensă, în care accentul cade pe cuvântul ce trebuie înțeles de copil (Myra Kersner, Jannet Wright, 1994).

Componenta afectivă a comunicării nu se limitează numai la conținutul celor transmise, ci cuprinde și ritmul, intonația, timbrul, gestul, mimica, pantomimica, în genere, limbajul semnelor, modul de frazare și alegerea cuvintelor utilizate ș.a. Acestea întregesc comunicarea și o fac mai accesibilă pentru copil, dar exprimă în același timp, atitudini și un tip de relație specială între interlocutori. Când copilul dovedește că înțelege stările afective vehiculate în timpul comunicării, poate fi apreciat că a realizat un progres semnificativ în planul comunicării și se plasează într-un tonus psihic de confort. De aici încolo, folosirea gesturilor simbolice însoțesc vorbirea copilului și se corelează cu celelalte mijloace (ritm, intonație etc.), pentru a se face cât mai bine înțeles, dar și pentru a exprima atitudinea afectivă față de interlocutor, nivelul implicării în sarcină, încrederea în sine, starea de tensiune ș.a.

Intervenția terapeutică, bazată pe alcătuirea unor programe riguros științifice, trebuie să pornească de la stadiile naturale ale dezvoltării limbajului, deoarece numai astfel se pot atinge cele două obiective majore, rezultate din cele de mai sus, și anume: a) achiziția corectă și dezvoltarea continuă a limbajului și b) corectarea tulburărilor de limbaj și crearea condițiilor de interacțiune cu cei din jur. Drept urmare, intervenția terapeutică va conține metode și procedee distincte și specifice pentru fiecare stadiu natural de evoluție a limbajului. Din punctul nostru de vedere, aceste stadii se bazează pe formele comunicaționale dominante la un moment dat, raportate, desigur, la vârstă, dar și la nivelul achizițiilor verbale, iar în interiorul fiecărui stadiu, există posibilitatea consolidării sau limitării caracteristicilor dominante ce definesc un tip sau altul de comunicare (vezi schema următoare).



Evoluție și expresie în limbaj și comunicare.

Calitatea actului de intervenție terapeutică se poate aprecia nu numai după aspectele cantitative ale vocabularului (pasiv și activ) și corectitudinea limbajului, ci și după o serie de caracteristici care privesc laturile lăuntrice ale statuării limbajului ca un ax central, deosebit de complex, prin intermediul căruia se dezvoltă celelalte funcții psihice și, totodată, se exteriorizează, se prezintă lumii înconjurătoare. Odată cu atingerea parametrilor de dezvoltare normală, comunicarea prin limbaj se realizează, în principal, punându-se accent pe latura semantică, fapt ce denotă o funcționalitate superioară a operațiilor ideative și un control riguros al conștiinței. Latura pragmatică a comunicării tinde să domine, la un moment dat, nu numai în raport de situația în care se desfășoară, dar și atunci când posibilitățile intelective sau de exprimare ale subiectului sunt mai reduse. Atunci când are loc o limitare, dublată de fragilitatea

calităţii şi cantităţii semantice şi pragmatice a informaţiilor, nu sunt stimulate funcţiile cogniţiei şi nu se realizează dezvoltarea operaţiilor mentale şi nici progres în manifestarea comportamentelor. În astfel de situaţii nu există un autocontrol riguros pe linia limbajului expresiv şi nici un set prea complex al învăţării (receptării) limbajului, ceea ce imprimă o anumită fragilitate comunicării, care se reflectă asupra personalităţii şi comportamentelor globale. În astfel de cazuri, se comunică mai puţin din conţinutul ideaţiei şi mai mult din cel atitudinal, ceea ce face să predomine exprimarea unor necesităţi şi interese imediate. Caracteristică pentru asemenea situaţii este manifestarea încărcată, adeseori, de violenţe verbale, însoţită de gestică şi pantomimică exacerbate, dezagreabile şi relativ neadecvate la conţinut. Introducând distincţia pe care o face Chomsky între competenţa lingvistică şi performanţa lingvistică, se remarcă faptul că aceasta din urmă este dominată de un vocabular puţin elevat, cu expresii stereotipe şi repetiţii supărătoare, greu acceptate de interlocutor.

Capitolul III

TULBURĂRILE DE RITM ŞI FLUENŢĂ ALE VORBIRII

1. Delimitări conceptuale şi preocupări în studiul tulburărilor de ritm şi fluenţă

La o serie de autori, tulburările de ritm şi fluenţă ale vorbirii sunt reduse la o singură formă, la bâlbâială, încercându-se ca toate celelalte să fie subsumate şi interpretate prin prisma acesteia. În realitate, bâlbâiala (denumită şi balbism, după alţii chiar batarism) este forma dominantă şi mai cuprinzătoare în cadrul acestor tulburări. Ea este şi cea mai studiată şi cunoscută, deşi este departe de a fi pe deplin elucidată, mai cu seamă sub raportul mecanismelor psihofiziologice de producere şi al metodologiei cu caracter terapeutic.

Bâlbâiala constituie una din cele mai grave tulburări de vorbire atât prin modul de manifestare, de expresie a vorbirii, cât şi prin impactul ce îl are asupra subiectului logopat, trăind în raport cu aceasta o adevărată dramă, un stres şi o teamă continuă faţă de vorbire şi faţă de efectele, eventual negative, produse asupra auditorului. Bâlbâiala poate apărea de la vârstele timpurii ale copilului, aşa cum poate să se instaleze la oricare din vârstele omului, dar din fericire, raportată la celelalte tulburări ale limbajului ca are o frecvenţă mai redusă. În schimb, se prezintă ca o tulburare gravă de vorbire ce are tendinţa să se agraveze tot mai mult în timp, pe măsura înaintării subiectului în vârstă.

Acestea constituie numai o parte din motivele care au stat la baza unor investigații și a stăruirii interesului pentru această categorie de tulburări din partea oamenilor de știință din domenii diverse, precum medicină, filozofie, psihologie, logopedie, pedagogie etc. Dat fiind complexitatea fenomenelor din această categorie de tulburări, investigarea lor s-a realizat, adeseori, cu dificultate, iar progresele înregistrate nu au fost întotdeauna pe măsura efortului depus. Rămân și azi unele probleme ce se cer a fi elucidate și cărora merită să le acordăm în continuare toată atenția. În acest context, credem că o consemnare sumară a preocupărilor și eforturilor făcute de-a lungul timpului va contribui la satisfacerea interesului cititorului și va produce un efect catalizator asupra specialiștilor care să abordeze noi aspecte în investigațiile ce le întreprind.

Cu toate dificultățile existente în cercetarea bâlbâielii, ea este una dintre tulburările de vorbire semnalate din cele mai vechi timpuri de către marile personalități ale vremii. Astfel, apar o serie de indicii cu privire la bâlbâială în scrierile hieroglifice de pe monumentele Egiptului, iar mai târziu, filosofii și istoricii antichității consemnează evenimente interesante din viața unor persoane ce sufereau de acest handicap odată cu sublinierea dificultăților de expresie verbală, a consecințelor psihologice și sociale provocate de bâlbâială și chiar sugerau unele remedii pentru „vindecarea" bâlbâielii. Spre exemplu, Herodot nota că preoteasa Pitia recomanda tuturor persoanelor bâlbâite să efectueze călătorii în zonele nordice ale Libiei pentru a schimba mediul climatic în care trăiesc, considerând că această schimbare duce la înlăturarea dificultăților de vorbire.

În paralel cu acestea, au fost căutate diferite explicații ale bâlbâielii. În antichitate, Hipocrate, Aristotel, Galen apreciau că bâlbâiala apare ca urmare a existenței unor malformații la nivelul aparatului bucal care împiedicau producerea unei vorbiri normale, iar pentru îndepărtarea lor și normalizarea situației se pot folosi masaje, fricțiuni sau gargară. Ulterior, medicul lui Justinian, Aetius, considera că frenul limbii prea scurt este o cauză a bâlbâielii și a altor tulburări de vorbire, ceea ce impune tăierea acestuia încât limba să capete elasticitatea necesară mișcărilor pentru producerea vorbirii corecte. Dar cele mai însemnate și ilustrative (pentru acea vreme) rămân descrierile lui Plutarh care îl prezintă pe marele orator al antichității, Demostene, ce suferea de o bâlbâială gravă. Sunt două ipostaze principale, din punct de vedere psihologic, prin care trecea Demostene: prima este aceea în care el era dominat de dificultățile sale verbale și care i-au marcat personalitatea și comportamentul prin trăiri anxioase și frustrante accentuate ce generau irascibilitate, nervozitate, negativism, lipsă de sociabilitate, lipsa apetitului pentru activitate, izolare etc., și în cea de a doua ipostază, Demostene este prezentat prin eforturile pe care le făcea pentru a reuși să scape de suferința sa și pe măsură ce reușea îi dispăreau trăsăturile negative de personalitate devenind tot mai sociabil și încrezător în forțele sale, căuta anturajul, devenind optimist și se bucura de succesele discursurilor sale în devenirea sa ca mare orator.

În cadrul eforturilor depuse de Demostene pentru reabilitarea propriei vorbiri, subliniem excepționala sa intuiție în adoptarea unor etape eficiente și semnificative, mai cu seamă dacă avem în vedere nivelul dezvoltării științelor din acele vremuri. Demostene parcurge mai multe momente prin care își exersează vorbirea pentru a ajunge la utilizarea ei corectă, dar ele pot fi structurate sub forma a trei etape importante și cărora le putem găsi azi o justificare științifică:

1. Demostene considera că dificultățile sale de vorbire se datorează organului lingual care nu-și poate îndeplini, din punct de vedere funcțional, activitatea complexă pe care o presupune desfășurarea vorbirii. Astfel, limba nu dispune de elasticitatea necesară pentru unele mișcări de finețe și atunci se impune înlăturarea rigidității acesteia. Drept urmare, el introduce cocoloașe de hârtie sau pietricele în timpul desfășurării vorbirii, pentru a vorbi cu limba „îngreunată" ca ulterior, după îndepărtarea lor, limba se va mișca mai ușor. Exersarea limbii, ca și exercițiul vorbirii, nu pot să fie dăunătoare ci doar o creștere a activismului acestora. Aceasta cu atât mai mult cu cât rigiditatea sau atonia limbii se întâlnește adeseori la subiecții cu tulburări de limbaj și azi terapia vorbiri deficitare cuprinde în cadrul metodologiei educațional-recuperative exerciții de dezvoltare a motilității linguale și a aparatului verbomotor.

2. A doua etapă propusă de Demostene se baza tot pe un fapt real și anume, el observase că atunci când nu-și aude bine propria vorbire cu dificultățile respective, când se limitează feedback-ul auditiv, scade tensiunea și teama de a nu greși, facilitând curajul, și reduce concentrarea exagerată asupra desfășurării vorbirii, permițându-i acesteia o cursivitate automatizată. Ca atare, improvizează nenumărate discursuri pe care le rostește pe malul mării, în vuietul valurilor și se asigură de o creștere a capacităților sale verbale pe măsura exersărilor făcute și a convingerilor că dispune de abilitățile necesare unui bun vorbitor.

3. Şi în parcurgerea acestei etape Demostene porneşte tot de la un fapt real pe care el l-a observat în gestica sa folosită pe timpul desfăşurării vorbirii comparativ cu cea a altor vorbitori. Se ştie că unele persoane bâlbâite produc gesturi pe timpul derulării vorbirii care sunt neadecvate conţinutului acesteia, fie că sunt exagerat de largi şi abundente, fie că sunt sărace, aproape inexistente şi rigide, sau, în alte situaţii, o gestică stângace şi plină de sensuri care contrazic conţinutul propriuzis al vorbirii şi al intenţiilor vorbitorului. În cazul acesta, Demostene decide efectuarea unor exerciţii de adaptare a gesticii la conţinutul vorbirii. Astfel, se plasează într-o încăpere pe pereţii căreia erau fixate mai multe oglinzi în aşa fel încât să se poată privi din toate unghiurile şi să efectueze gesturi controlate care să uşureze declanşarea vorbirii şi să exprime cât mai adecvat conţinutul acesteia. Gestica, precum şi mimica şi pantomimica, sunt exersate şi azi la unii subiecţi cu tulburări de vorbire tocmai pentru aceleaşi scopuri pe care le-a avut în vedere şi Demostene. Există, la ora actuală, laboratoare de psihologie care au ca obiectiv principal studiul gesturilor umane şi elaborează seturi de astfel de gesturi pentru un tip sau altul de discurs în vederea sporirii impactului persuasiv al vorbitorului asupra auditorului.

În epoca romană au continuat preocupările cu privire la cunoaşterea bâlbâielii şi la găsirea unor metode pentru remedierea acesteia. Se considera că prin cultivarea artei oratorice se pot obţine rezultate pozitive nu numai pentru înlăturarea bâlbâielii ci şi a altor tulburări ale vorbirii. Ilustrativă pentru acea perioadă de timp este lucrarea „De oratore", a lui Cicero, care promova exerciţii de dicţiune, însoţite de gestică, de mişcări ale întregului corp, ale mimicii şi pantomimicii ca şi o expresie adecvată a privirii ce trebuie să redea stările sufleteşti.

Evul mediu este cunoscut prin obscurantismul şi respingerea faptelor ştiinţifice, ceea ce marchează, în multe domenii, o stare de regres şi nu o continuare a progreselor înregistrate anterior. Referindu-se la acestea, unii autori vorbesc de aşa numita „perioadă tristă a logopediei", pornind de la ideea din aceea vreme că tulburările de vorbire şi îndeosebi bâlbâiala, erau considerate ca un efect direct al unei umidităţi anormale în care se scaldă limba (un exces de salivaţie) sau existenţa unui exces de lichid în cutia craniană, încât creierul nu are lejeritate suficientă pentru o activitate normală. Ca atare, se recomanda o intervenţie chirurgicală pe limbă pentru a o scurta, astfel încât să aibă mai mult loc în cavitatea bucală sau deschiderea cutiei craniene pentru a elimina o parte din lichid, ori, pur şi simplu, ajustarea creierului pentru a încăpea mai bine în lăcaşul destinat. Cum asemenea intervenţii erau riscante pentru acea vreme, dacă apăreau complicaţii sau chiar decesul subiectului se considera că acesta a fost dominat de forţe necurate care i-au generat dificultăţile respective şi i-a imprimat destinul ce l-a avut. Din păcate, asemenea concepţii s-au întins până spre sfârşitul secolului al XVI-lea. Sigur, au fost şi unele excepţii. Spre exemplu, în secolul al X-lea Avicenna aduce contribuţii interesante la implementarea unui program medical pentru tratamentul bâlbâielii în timp ce recomanda exerciţii respiratorii care să faciliteze producerea vorbirii.

Secolul al XVII-lea este marcat de progrese semnificative în terapia tulburărilor de limbaj ca urmare a unor preocupări mai deosebite, manifestate faţă de educaţia copiilor cu deficienţe senzoriale, în special a celor cu deficienţe de auz, dar şi a dezvoltării anatomiei diferitelor organe ce au devenit tot mai cunoscute. Medicul elveţian Amman s-a ocupat, în principal, de educaţia copiilor surzi, printre care şi de dezvoltarea comunicării verbale la aceştia. Unele procedee utilizate în demutizarea copiilor surdo-muţi sunt adaptate de el şi recomandate pentru terapia unor tulburări de limbaj, inclusiv a bâlbâielii. În acelaşi timp, el sublinia că atât vorbirea, cât şi vocea reflectă trăsăturile caracteriale şi dorinţele omului, ceea ce înseamnă că în terapia corectivă a tulburărilor de vorbire trebuie să se ţină seama şi de aspectele psihoterapeutice pentru că numai astfel se poate ajunge la o dezvoltare complexă a persoanelor aflate în dificultăţi de comunicare verbală.

Secolul următor, al XVIII-lea şi în special cel de al XIX-lea sunt tot mai reprezentative pentru activitatea prolifică a unor oameni de ştiinţă care ajung să dezvăluie noi aspecte în elucidarea mecanismelor bâlbâielii. Spre exemplu, Hartley, Mendelschn, Darwin intuiesc relaţii cu caracter de dependenţă între activitatea sistemului nervos, trăirile afectiv-emoţionale şi bâlbâială, fapt care duce la adoptarea unei noi perspective în terapia bâlbâielii.

Un fapt cu o semnificaţie aparte îl constituie înfiinţarea la New York, în anul 1825, a primului institut destinat tratamentului bâlbâielii de către medicul Yates. Reeducarea vorbirii se realiza, în principal, prin exerciţii de respiraţie, de pronunţie, de citire şi de vorbire cuprinse în sintagma „metoda didactică americană". Sub influenţa specialiştilor de aici a fost organizat ulterior (1830), în premieră la

Berlin, un curs de iniţiere pentru cadrele didactice pe domeniul tulburărilor de limbaj (al logopediei).

La scurt timp, Colombat de l'Isere (1831) remarca faptul că dereglările verbale se produc prin absenţa coordonării dintre componentele premergătoare vorbirii şi desfăşurarea activităţii musculaturii ce contribuie la fonaţie. De aici, acordarea unei semnificaţii majore procedeelor menite să stimuleze ritmicitatea respiratorie ca şi a abilităţilor de articulaţie şi de fonaţie. Şi Laguzen (1830) şi Thelwall (1844) au pus accent pe aspectele psihologice implicate în producerea bâlbâielii (şi a altor dereglări verbale) şi în stabilirea unor procedee de reabilitare verbală. În schimb, Bell (1832) şi Müller (1833) adoptă o poziţie predominant fiziologică în explicarea bâlbâielii, considerând că aceasta poate fi ori o formă tipică de coree ori o afecţiune a laringelui. Dar eşecurile repetate bazate pe intervenţiile chirurgicale de la nivelul aparatelor periferice ale vorbirii au dus, cum subliniază şi E. Boşcaiu (1983, pg. 20), la infirmarea oricărei „posibilităţi de interpretare a bâlbâielii prin existenţa unor anomalii ale organelor periferice ale aparatului fonator. În felul acesta, metodele bazate pe intervenţii chirurgicale au fost abandonate în mod definitiv."

Desigur, unele controverse legate de terapia bâlbâielii se mai înregistrează şi ulterior. Astfel, opus lui Yates, care susţinea folosirea sondelor aplicate pe limbă, pe palat, pe buze etc. în vederea înlesnirii fluenţei vorbirii, Hunt (1870) se manifestă împotriva „metodelor artificiale" şi subliniază importanţa exerciţiilor menite să fortifice voinţa care asigură mobilizarea individului în menţinerea fluenţei verbale. Kussmaul (1877) şi Coen (1879) exprimă părerea că terapia bâlbâielii devine eficientă în condiţiile când sunt utilizate exerciţiile de gimnastică respiratorie şi electroterapia. Sunt semnificative şi contribuţiile lui Sikorski (1889) şi ale lui Chervin (1895) care promovează importanţa predispoziţiilor ereditare şi a factorilor educativi în interpretarea mecanismelor bâlbâielii.

Studiile în domeniul tulburărilor de limbaj au fost stimulate şi de cercetările afaziei, ocazie cu care s-au pus în evidenţă mecanisme mai riguroase în determinarea dereglajelor respective şi o serie de condiţionări dintre activitatea anatomo-fiziologică şi actele psihice. Se ajunge la conturarea tot mai clară a două orientări, una medicală şi cealaltă predominant pedagogică, cu precizarea că aceste două tendinţe nu se excludeau, dar se accentua o latură sau alta atât în explicarea fenomenelor, cât mai ales în adaptarea programelor recuperative. În acest context, Gutzman şi fiul sunt promotorii primei şcoli medicale logopedice de la Berlin. Cu această ocazie se pune un accent deosebit pe foniatrie şi se conturează tot mai precis sfera acesteia. Nadoleczny se afirmă în calitate de continuator al şcolii berlineze şi aduce numeroase contribuţii în elucidarea unor aspecte ale diferitelor categorii de tulburări de limbaj.

În secolul trecut (al XX-lea) se depăşeşte predominanţa medicală a interpretărilor şi se iau în consideraţie tot mai explicit rolul factorilor psihologici şi sociali care condiţionează dezvoltarea limbajului în general şi a modului în care apar şi evoluează tulburările de vorbire (deci şi a bâlbâielii). Remarcăm aici contribuţia deosebită a lui E. Froeschels considerat fondatorul logopediei moderne. Deşi de orientare medicală, Froeschels întreprinde cercetări riguroase ştiinţific în urma cărora face referiri semnificative cu privire la etiologia şi simptomatologia bâlbâielii ca în final să demonstreze că numai componentele psihopedagogice pot asigura o reuşită activităţii complexe recuperativ-corective a bâlbâielii. Aceste progrese realizate în domeniul logopediei au făcut posibil ca în diferite ţări să se creeze instituţii care aveau ca obiect de studiu limbajul şi dereglările acestuia, dar mai cu seamă, o orientare directă pe activitatea practică în care terapia tulburărilor de limbaj ocupa un loc central. Instituţiile respective au cunoscut o dezvoltare continuă atât în alte ţări cât şi în ţara noastră. De asemenea, s-a reuşit să se elaboreze o metodologie educaţional-recuperativă cu numeroase valenţe pozitive ce s-a validat prin activităţile de terapie logopedică (E. Verza, 2003).

În paralel, au apărut un mare număr de lucrări de referinţă care au consolidat statutul de ştiinţă a logopediei şi care au fundamentat ştiinţific metodologia terapiei fiecărei categorii de tulburări ale limbajului. În acest context, este suficient să menţionăm pe unii autori care s-au impus prin monografii şi tratate de logopedie cu idei ce au marcat momente de cotitură, atât în plan teoretic, cât şi în plan practic: Froeschels (1931), Travis (1931), Van Riper (1955), Seeman (1955), Wert, Kenedy şi Carr (1957), Luchsinger şi Arnold (1959), Hvaţţev (1959), Borel-Maisonny (1969), Critchley (1972), Ronald, Seron şi colab. (1989), iar la noi, Verza (1977, 1983, 2003), Boşcaiu (1983), Păunescu (1979), Guţu (1975), Burlea (2003) ş.a.

În concluzie, în frământările şi lucrările specialiştilor în logopedie pot fi desprinse, printre altele, în mod sintetic, trei probleme principale cu privire la bâlbâială:

1. Problematica diagnozei bâlbâielii şi departajării acesteia atât de alte tulburări de vorbire asemănătoare, cât şi de unele categorii de dereglaje verbale cu o etiologie şi simptomatologie ce conţin parţial elemente comune.

2. Problematica simptomatologiei bâlbâielii şi a impactului psihologic ce îl generează asupra personalităţii şi comportamentului subiectului afectat de această tulburare complexă.

3. Determinarea specificului programelor educaţional-recuperative şi abordarea unor noi perspective, atât din punct de vedere psihopedagogic, cât şi din punctul de vedere al altor domenii, cum ar fi cel medical şi social.

Una din preocupările autorilor la care ne-am referit deja a fost şi aceea de a stabili graniţele dintre bâlbâială şi alte tulburări de ritm şi fluenţă ale vorbirii ce pot fi cuprinse prin sintagma de **tulburări asemănătoare bâlbâielii**. Se justifică o astfel de denumire prin faptul că ele prezintă, în bună măsură, o etiologie comună bâlbâielii, dar mai ales prin aceea că simptomatologia verbală din aceste tulburări conţine unele elemente pe care le întâlnim şi în bâlbâială. Pe de altă parte, trebuie subliniat că în formele grave de bâlbâială apar frecvent, în plan secundar, o serie de caracteristici ce le sunt specifice tulburărilor asemănătoare bâlbâielii.

În continuare, vom descrie, succint, aceste tulburări ca apoi să putem circumscrie mai precis sfera şi conţinutul bâlbâielii. Ele pot fi rezumate astfel:

1. **Tahilalia** este o vorbire extrem de accelerată, cu un debit mare de cuvinte pe unitate de timp, afectând evident ritmul verbal. Ca urmare a ritmului rapid a emisiunii verbale, pot să apară omisiuni şi substituiri de sunete şi cuvinte denumite prin termenul de tahifazie sau chiar omisiuni şi substituiri de propoziţii şi fraze, denumite tahifrazie. Deşi în tahilalie se păstrează calităţile fonetice şi sintactice ale vorbirii, pot să apară şi agramatisme, deformări de sunete şi cuvinte, pronunţia incompletă a cuvântului, prin omiterea începutului sau a sfârşitului acestuia, contaminări aleatorii ale cuvintelor din frază etc.

În tahilalie, vorbirea îmbracă un aspect logoreic, cu inflexiuni vocale inconstante ce fac ca timbrul să devină dezagreabil. Din aceste caracteristici rezultă, adeseori, existenţa unor elemente specifice tulburărilor de pronunţie sau chiar se pot asocia cu dislalia, disgrafia, dislexia (Simkins, 1973).

Ca urmare a perturbării ritmului vorbirii, auditorul întâmpină dificultăţi de înţelegere a logopatului deoarece decodifică cu greutate

sensul şi semnificaţia cuvintelor recepţionate, dar şi tahilalicul îşi urmăreşte cu dificultate ideile pe care doreşte să le expună, neavând timp suficient pentru decodificarea lor verbală. Desigur, aceste aspecte sunt dependente şi de gravitatea tulburării respective.

Tahilalia apare mai frecvent în tensiunile emoţionale, în stările de agitaţie generate de unele forme astenice, în convalescenţă după o boală mai îndelungată, în agitaţiile parkinsoniene, în unele tulburări psihice, în stările confuze după o depresie puternică sau după o trăire dramatică mai deosebită etc.

2. **Bradilalia** este opusul tahilaliei şi se manifestă printr-o vorbire exagerat de lentă în care intervalele dintre enunţurile de cuvinte şi propoziţii sunt atât de mari încât devin supărătoare pentru vorbitor, cât şi pentru ascultător. Ascultătorul pierde şirul ideilor pe care le transmite vorbitorul, deoarece pauzele prea mari îl împiedică să rămână continuu concentrat şi îi distrag atenţia de la contextul comunicării. Subiectul bradilalic este tensionat în faţa neputinţei de a adopta un ritm normal în vorbire, se centrează mai mult pe acest aspect, în detrimentul urmăririi cursivităţii ideilor. Din acest motiv, uneori subiecţii bradilalici sunt greşit evaluaţi ca fiind deficitari din punctul de vedere al intelectului. Această apreciere este cu atât mai frecventă cu cât se ştie că bradilalia se asociază, în multe cazuri, cu deficienţa mintală sau cu slăbiciunile intelectului. În genere, lentoarea ideativă şi dominarea procesului de inhibiţie determină o lentoare la nivelul comunicării verbale, cu pauze prea mari între cuvinte. Fenomenul de lentoare se înregistrează şi în plan motor, mişcările sunt lente, dând impresia că se desfăşoară cu încetinitorul, spărgând tiparul mişcărilor ritmice şi stereotipe.

Aşadar, fenomenul de bradipsihie, ce afectează întreaga activitate psihică şi motorie, agravează bradilalia şi imprimă vorbirii monotonie, lipsă de inflexiune verbală, o tonalitate şi un timbru dezagreabile.

3. **Tumultus sermonis**, denumit în termen popular gângăveală sau bolboroseală, iar de unii specialişti batarism, se caracterizează prin perturbarea fluenţei vorbirii. Deşi predomină un ritm precipitat, alert în desfăşurarea vorbirii el este întrerupt de monotonie şi de respectarea unor sunete şi cuvinte afectând procesul de ideaţie normală. Apar, de asemenea, deformări de cuvinte ca urmare a omisiunilor, inversiunilor şi asimilărilor de silabe şi cuvinte.

Vorbirea are un efect de ecou asemănător cu ceea ce se întâmplă atunci când vorbeşti cu capul aplecat într-un vas (butoi) plin

pe jumătate cu apă, când cuvintele emise acționează asupra organului auditiv înainte ca subiectul să apuce să pronunțe cuvântul următor. Un asemenea fenomen dereglează activitatea de coordonare a funcției periferice a vorbirii de către centrii superiori.

În multe cazuri se pot constata asocieri între tumutus sermonis și alte tulburări de limbaj ca tulburările de articulație (dislalie), retard verbal, tonalitate și intensitate inconstante ale vocii, toate imprimând un caracter dezagreabil vorbirii. Unele din aceste aspecte se transpun și în limbajul citit-scris contribuind la instalarea treptată a dislexo-disgrafiei.

Persoanele afectate de tumultus sermonis nu sunt conștiente de deficiențele ce le au, dar pot deveni sensibile la acestea în funcție de atitudinea celor din jur, și atunci controlul expresiei verbale, a aspectelor prozodice și a mimico-gesticulației devine exagerat perturbând astfel caracteristicile automatizate și de stereotipie. Acestea pot duce la adoptarea unor grimase în timpul desfășurării vorbirii, a mișcărilor inestetice ale capului și mâinilor ca urmare a predominării procesului excitativ (Luchsinger, 1963, Sovak, 1975).

Din punct de vedere etiologic, lucrurile nu sunt pe deplin elucidate, unii autori incriminează afectarea mecanică a aparatului verbo-motor, alții recurg la concepte abstracte pentru a preciza existența unor dificultăți în toate canalele implicate în comunicare printr-o patologie de tipul „disarmoniei centrale a limbajului" (Weiss, 1964) și în fine, tumultus sermonis este considerat ca având o origine ereditară ce determină nemijlocit dificultăți în dezvoltarea normală a capacităților lingvistice atât în planul expresiei, cât și în cel al recepției (Seeman, 1970).

4. **Aftongia** determină dificultăți majore la nivelul articulării sunetelor în care se găsesc fenomene tipice dislaliei, începând de la aspecte legate de deformare și emitere neclară, până la cele ce privesc omisiunile, inversiunile, adăugirile etc., manifestate în paralel cu tulburarea ritmicității în desfășurarea vorbirii, a cursivității și fluenței acesteia. În stările de emotivitate crescută, ca și în oboseală, în disconfort psihic, în conștientizarea unor eșecuri, toate aceste aspecte se amplifică semnalând o semnificație fermă a prezenței componentelor specifice oricărei forme de bâlbâială.

Aftongia de produce prin apariția la nivelul musculaturii limbii a unor spasme de lungă durată ce reduc elasticitatea acesteia și posibilitatea desfășurării mișcărilor fine necesare emiterii verbale. Se pare că dificultățile funcționale de la nivelul organului lingual nu sunt atât locale, cât mai ales datorate slabului control al creierului în exercitarea coordonării.

5. **Tulburările coreice** au la bază o încărcătură nervoasă negativă, manifestată prin gesturi și afecțiuni care trădează starea de nevrotism și de tensiune emoțională a subiectului. La acestea se mai adaugă și unele obișnuințe dobândite în copilărie, prin imitație sau prin perceperea unor situații conflictuale la care se caută o ieșire eficace pentru individ. De aici, instalarea unor ticuri nervoase localizate la nivelul unui organ sau a unei părți a corpului, și, uneori, ticuri cu caracter general ce implică mișcări care se extind la nivelul a două sau mai multe organe. Aceste ticuri se caracterizează prin mișcări involuntare de la nivel local, cum ar fi o zvâcnitură sau o mișcare ritmică a unui mușchi, o zbatere a pleoapei ochiului etc. sau, la nivel mai general, prin mișcări produse pe părți întinse ale corpului, sau concomitent la organele pereche. În raport cu acestea, subiectul poate face anumite gesturi (frecarea locului respectiv) așa cum poate căpăta obișnuințe ce la un moment dat deranjează (rosul unghiilor, răsucirea continuă a unei șuvițe de păr, frecarea nasului sau ștergerea frecventă cu dosul palmei a gurii). Toate acestea, când sunt însoțite de vorbire, pot duce la tulburarea ritmicității și, uneori, a fluenței ei, la tremurarea vocii și distragerea atenției în urmărirea ideației, la folosirea inadecvată a unor cuvinte cu prezența spasmelor, la repetarea altora, sau la omiterea cuvintelor utilizate mai rar, sau a celor ce au o încărcătură afectivă negativă.

După cum s-a observat, toate tulburările asemănătoare bâlbâielii conțin, în cadrul simptomatologiei lor specifice, și unele aspecte ce-i sunt proprii și definesc bâlbâiala, dar nivelul de profunzime și de extindere a acestor manifestări este mai limitat. *Dacă ar fi să reducem întreaga simptomatologie a tulburărilor asemănătoare bâlbâielii la o singură caracteristică comună, atunci cu siguranță aceasta constă în dificultatea de a vorbi în mod fluent și de a realiza o comunicare verbală normală, care să atingă în întregime valențele ei complexe. În literatura de specialitate, disfuncționalitățile verbale ce apar ca urmare a acestei caracteristici au fost denumite printr-un termen general, și anume, acela de disfemie.*

Disfemia reprezintă, așadar, o diminuare a capacității verbale cu caracter permanent sau episodic (în funcție de gravitatea acesteia) în care sunt afectate fluiditatea, cursivitatea și articularea cuvintelor, fără ca subiectul să fie întotdeauna conștient de aceste dificultăți și să

poată face un efort voluntar pe măsura necesității asigurării vorbirii corecte. Ținând seama de simptomatologia specifică, disfemia poate fi clasificată astfel:

1. disfemie deschisă, denumită și tonică, spasmodică, tetanică, guturo-tetanică în care raportarea tulburărilor verbale se face, preponderent, la disfuncționalitățile aparatului verbo-motor;

2. disfemia închisă, denumită și clonică, și labio-coreică ce afectează mai cu seamă emiterea sunetelor și a cuvintelor, fenomene puse tot pe seama unor dificultăți de la nivelul aparatului verbo-motor;

3. disfemia clono-tonică, numită și disfemie mixtă, este mai gravă și cuprinde manifestările primelor două forme;

4. disfemia criptogenetică, cu încă două denumiri de disfemie ocultă sau disfemie evolutivă, când subiectul este conștient de dificultățile sale și reușește, parțial, să-și mascheze o parte din manifestările respective;

5. disfemia fanerogenică, în care sunt reprezentate cele mai deosebite simptome ce se întâlnesc în bâlbâială.

2. *Etiologia bâlbâielii*

Deși se găsesc referiri interesante cu privire la problematica etiologiei bâlbâielii, la majoritatea autorilor mai de seamă, aceasta nu este încă pe deplin elucidată, iar pentru unele aspecte se înregistrează controverse ireconciliabile. Dificultățile pe acest plan provin din faptul că o tulburare atât de complexă poate fi frecvent cauzată de mai mulți factori, iar alți factori nu pot fi cercetați în mod nemijlocit ci doar deduși speculativ din unele observații sau relatări din partea subiecților afectați de bâlbâială ori a aparținătorilor acestora. Cu toate acestea, cunoașterea, chiar și relativă, a unor condiții generatoare de producere a bâlbâielii vine în sprijinul explicării mecanismelor sale, și mai cu seamă este importantă pentru alcătuirea unor programe de terapie cauzală.

Condițiile mai importante implicate în producerea bâlbâielii se referă la:

Condițiile ereditare nu provoacă în mod nemijlocit bâlbâiala, dar pot crea un mediu predispozant care favorizează producerea bâlbâielii încă din copilăria mică. Astfel, bâlbâiala se poate instala în urma unor disfuncționalități fiziologice sau biochimice de la nivelul

sistemului nervos care devine cu timpul tot mai fragil, ca urmare a acestora. Pentru a pune în evidență aceste condiții ereditare s-a recurs la evaluări ale incidenței bâlbâielii printre membrii unor familii și în rândul unor grupuri de gemeni. Asemenea investigații au fost desfășurate, cu mult timp înainte, de autori ca Sikorski (1889), Chervin (1895), Gutzmann (1906) și Froeschels (1931), Nelson și Green (1939) care, pornind de la copii bâlbâiți, au constatat că în familiile acestora există în număr mai mare decât media generală a unor deficiențe asemănătoare. Majoritatea autorilor menționați ajung la concluzia că se transmit ereditar structuri ce facilitează producerea unei instabilități emotive care prin durata în timp îl predispune pe individ la dezorganizarea activității psihice generale, inclusiv a limbajului. Sunt și autori care apreciază că în fapt se transmite o stare de inabilitate implicată în coordonarea neuro-musculară. Van Riper (1963) consideră că această stare de inabilitate în coordonarea neuro-musculară și cu efecte negative pentru producția verbală este adevărata disfemie. Dar deficiențele somato-psihice constituite prin ereditate declanșează bâlbâiala numai în condițiile când intervin unii factori activi care să le pună în mișcare.

Și în rândul gemenilor univitelini și bivitelini s-a constatat o prevalență mai mare a bâlbâielii produsă prin transmiterea predispozițiilor ereditare (Seeman, 1962, Kant și Ahuja, 1970).

Condițiile neuro-endocrine se constituie într-un alt factor ce poate fi implicat în producerea bâlbâielii. Așa sunt cazurile de apariție a bâlbâielii disartrice sau a bâlbâielii consecutive unei afazii motorii. S-au pus în evidență apariția unor disfluențe verbale în regiunile zonei frontale ale scoarței cerebrale (Einsenson, 1958) sau existența unor forme de bâlbâială ce se produc ca urmare a microleziunilor cerebrale cercetate prin metode de electrofiziologie (Schilling, 1959), dar alți autori exprimă rezerve cu privire la rigoarea datelor legate de modificările specifice obținute pe baza electroencefalografiei (Lucksinger și Arnold, 1959, Froeschels, 1961).

Nu de puține ori s-a constatat că și în crizele epileptice se produc episodic perturbări ale fluxului melodic al vorbirii, imprimându-i acesteia caracteristicile bâlbâielii (West, 1958, Beker și Sovak, 1959). Probabil că în crizele epileptice un rol mai mare îl au stările emoționale devastatoare care își pun o amprentă negativă și pe desfășurarea cursivă a vorbirii. De altfel Seeman (1962) a subliniat că trăirile emoționale puternice pot duce la dereglarea formațiunilor subcorticale, ceea ce are un efect nemijlocit în determinarea unei

vorbirii spasmodice care semnifică blocajele şi întreruperile pe durata desfăşurării acesteia.

În acest context, trebuie subliniat şi un alt aspect, şi anume acela că modificările hormonale de tipul afecţiunilor paratiroidiene şi tiroidiene influenţează negativ activitatea sistemului nervos şi muscular, desfăşurarea ritmică şi menţinerea constantă a volumului respirator. Oricum, toate aceste mecanisme sunt implicate în producerea vorbirii şi disfuncţionalităţile de la acest nivel se repercutează asupra desfăşurării normale a actelor verbale. De aici şi asocierea perturbărilor hormonale cu existenţa unor simptome caracteristice bâlbâielii. Cercetările întreprinse de Parhon şi ulterior de colaboratorii săi au relevat că în cazul guşii endemice, apărută ca urmare a carenţei de iod, se produc în vorbirea subiecţilor manifestări tipice bâlbâielii.

Totuşi rolul factorului endocrin rămâne în concepţia unor specialişti numai ca o ipoteză ce trebuie validată prin cercetări aprofundate.

Dominanţa cerebrală a provocat cele mai multe controverse, lăsând şi la ora actuală multe din problemele ei deschise. Unii autori precizează că la stângaci, şi chiar la cei cu ambidextrie, posibilitatea de a se instala o formă sau alta de bâlbâială este mai crescută decât în alte situaţii. Aceştia aduc ca argument faptul că stângacii au emisfera dreaptă dominantă şi prin aceea că li se impune frecvent folosirea mâinii drepte, comutarea dominaţiei asupra emisferei stângi presupune apariţia unor dificultăţi de adaptare şi de contrariere a impulsurilor motoare ce provin din cele două emisfere. Acest fenomen poate deregla vorbirea ca şi alte acte, cum este scrisul sau acţiunile manuale, coordonate de emisfera dominantă ce tinde să-şi diminueze importanţa prin comutarea preferinţei manuale şi corporale în general. Funcţiile puternic localizate, cum este şi limbajul, sunt cele mai afectate în astfel de situaţii.

Un asemenea punct de vedere a fost susţinut cu insistenţă de Travis (1931) şi Orton (1937) ca ulterior să fie dezvoltat prin argumente suplimentare de Blumel (1960) şi Froeschels (1961). Aceştia din urmă sunt de părere că prin obligarea copilului să-şi schimbe preferinţa manuală se creează o stare de tensiune suplimentară, determinând suferinţa cerebrală ce favorizează apariţia bâlbâielii, ca şi a oricărei alte tulburări de limbaj. Şi noi (Verza, 1970) am găsit corelaţii semnificative între lateralizarea emisferică (dominanţa emisferică), preferinţa manuală şi evoluţia limbajului în general, dar şi o incidenţă mai mare a bâlbâielii şi dislexo-disgrafiei la subiecţii stângaci obligaţi să-şi schimbe dominanţa manuală şi emisferică.

Opus punctului de vedere de mai sus, Wepman şi Johns (1961) susţin că nu există cazuri de transfer a localizării centrilor limbajului ca urmare a schimbării preferinţei manuale, iar Rotter (1976) subliniază că în urma cercetărilor sale nu au rezultat deosebiri între subiecţii bâlbâiţi şi cei nebâlbâiţi.

Întârzierea în dezvoltarea psihofizică generală marchează o sensibilitate şi fragilitate în toate palierele psihice şi fizice. Sigur, pentru evoluţia normală a limbajului interesează în mod deosebit unele din aceste sisteme. Astfel, întârzierile mai mult sau mai puţin accentuate ale sistemelor funcţionale neuromotorii pot determina dificultăţi în dezvoltarea normală a vorbirii din copilăria mică când pronunţia se realizează cu greutate din cauza deselor deformări de sunete şi silabe, omisiuni, inversiuni şi repetiţii, întreruperi şi blocaje cu instalarea treptată a unor spasme şi a unei lipse de echilibru între expir şi inspir. Unii autori au pus în evidenţă o dezvoltare motrică întârziată a bâlbâiţilor evaluaţi prin testele Oreretzki (Kopp, 1943), dar alţii, aplicând aceleaşi probe subiecţilor cu bâlbâială au relevat chiar o superioritate faţă de celelalte persoane în formarea unor abilităţi ritmice, cu excepţia celor verbale (Brook, 1957).

În cadrul întârzierilor de dezvoltare se înscriu şi aspectele de mielinizare încetinită a fibrelor nervoase implicate în coordonarea mişcărilor musculare de la nivelul aparatului fono-articulator. Dat fiind faptul că la băieţi mielinizarea fibrelor nervoase se realizează mai târziu faţă de fete, poate explica o incidenţă mai mare a bâlbâielii la aceştia (Karlin, 1947). Perseverarea din actele desfăşurate de bâlbâiţi are la bază tocmai o activitate motrică deficitară (Eisenson, 1958).

La noi, Marinescu şi Kreindler (1935) subliniază că bâlbâiala apare ca urmare a unui dezechilibru dintre procesele de excitaţie şi inhibiţie instalat în centrii motori ai limbajului. În astfel de cazuri, predomină procesul inhibitor, iar excitaţia de la aceşti centrii fiind prea slabă nu poate integra alte impulsiuni excitatorii care vin de la scoarţa cerebrală. Slaba excitaţie de la scoarţa cerebrală afectează coordonarea musculaturii de la nivelul aparatului respirator, fonator şi articulator (Hvaţev, 1959).

Dezvoltarea incompletă sau existenţa unor disfuncţionalităţi la nivelul evoluţiei activităţii psihice poate constitui un alt factor cauzal

incriminat în toate tulburările de limbaj, inclusiv în bâlbâială. În literatura de specialitate au fost invocate adeseori aspecte ce privesc retardarea diferitelor funcții și procese psihice care nu asigură însușirea normală a vorbirii din copilăria timpurie și astfel facilitează producerea distorsiunilor verbale. Spre exemplu, o slabă achiziție la nivelul gândirii creează dificultăți de înțelegere a vorbirii și a capacității de elaborare mentală pentru a se concretiza într-o frazare coerentă și fluentă, o slabă dezvoltare a memoriei și a atenției nu asigură însușirea și fixarea rapidă a unităților lingvistice și nici integrarea acestora în noile achiziții verbale etc. Pe ansamblu, tulburările de vorbire au fost raportate la calitatea intelectului.

În acest context, unii autori au evidențiat raporturi directe între bâlbâială și existența deficienței mintale. Mai mult, s-au remarcat diferențe specifice între bâlbâiala copiilor cu deficit de intelect și bâlbâiala ce evoluează pe fondul intelectului normal (Cabanas, 1954). ***Și noi am avut în atenție acest fenomen și am făcut observații îndelungate asupra a două loturi de copii, bâlbâiți cu deficiențe de intelect și bâlbâiți cu intelect normal. Cu această ocazie am constatat că, deși apar diferențe între cele două loturi de bâlbâiți, ele țin mai cu seamă de simptomatologia propriu-zisă a bâlbâielii. La copiii bâlbâiți cu deficiențe mintale, manifestările tipice tulburării verbale au la bază fenomenul de perseverare verbală, specific structurilor involuate ale intelectului, și care persistă în emiterea sunetelor și cuvintelor din cauza unei ideații deficitare și a slabei reactualizări a unităților lingvistice, dar nu denotă, întotdeauna, o bâlbâială propriu-zisă (Verza, 1977).***

Retardul în dezvoltarea vorbirii este adeseori asociat cu producerea și fixarea bâlbâielii ca și a altor tulburări ale limbajului. Unii autori își motivează argumentele pe prevalența fenomenului. În context, Weiss (1960) precizează că greutățile ce se ivesc la bâlbâiți în formularea ideilor sunt determinate de lipsa de maturitate a funcțiilor limbajului, iar Borel-Maisonny (1972) crede că inabilitățile de exprimare sunt urmare a deficiențelor lingvistice.

Trebuie, totuși, subliniat faptul că sunt, în majoritate, cazuri de copii bâlbâiți care nu prezintă o întârziere în dezvoltarea limbajului așa cum sunt cazuri de bâlbâiți cu o dotare intelectuală normală sau chiar o supradotare pe acest palier și cu performanțe deosebite pe unele domenii de activitate.

Condițiile psihosociale nefavorabile se concretizează în perceperea acestora de către indivizi ca pe o dramă, ca pe o situație de

stres ce duc la menținerea ridicată a tensiunii psihice și a stărilor de emotivitate crescute cu o bulversare a comportamentului și personalității. Treptat, se poate instala o stare nevrotică în care domină depresia sau dimpotrivă, o situație de agitație și de frământare continuă în care domină excitația și încordarea rigidă.

Autorii de orientare psihanalitică explică perturbările comportamentale, inclusiv pe cele ale conduitelor verbale ca pe un efect simptomatic al nevrozei care, prin generarea de conflicte interne extinse, provoacă dezorganizarea întregii personalități. În genere, din punctul de vedere al explicării psihogene a bâlbâielii, orice disfuncționalitate emoțională poate crea situații dificile de adaptare și abateri de la condițiile normale de comunicare. Ca atare, bâlbâiala poate deveni o manifestare a unor perturbări prelungite emoționale.

Perturbarea stărilor emoționale la copii se întâlnește frecvent în cadrul unui climat familial negativ, în care relațiile dintre părinți sunt tensionale și conflictuale sau atunci când atitudinea părinților, ori a unuia dintre ei, devine superprotectoare sau adoptă o lipsă de interes față de copil percepută de acesta ca pe o carență afectivă. Climatul afectiv diminuat sau lipsa acestuia provoacă stări tensionale, anxietate și frustrări la copil fragilizând activitatea psihică și nervoasă, astfel încât limbajul se însușește cu dificultate.

Atitudinea părinților, a cadrelor didactice, a celor din jur poate influența într-un fel sau altul conduita verbală a copilului. Când copilul manifestă unele disfluențe verbale minore și părinții sau ceilalți adulți intervin cu observații insistente și dezaprobatoare sau chiar recurg la amenințări și pedepse, pot determina o stare nevrotică de teamă față de vorbire, de scădere a interesului pentru comunicare. Copilul nu numai că nu se poate corecta în aceste condiții, ci dimpotrivă, de teama de a greși devine anxios, astfel încât cresc ezitările, întreruperile din vorbire și se fixează tot mai profund tulburarea respectivă.

O situație deseori controversată în literatura de specialitate se referă la rolul imitației și a bilingvismului în bâlbâială. Unii autori (Chervin, 1895, Froeschels, 1931, Vlasova, 1958, Calavrezo, 1967) promovează ideea că atât imitația involuntară, cât și cea voluntară poate duce la adaptarea vorbirii altor persoane bâlbâite sau poate contribui la accentuarea propriilor disfluențe verbale, în timp ce alți autori (Van Riper, 1947, Brook, 1957) își exprimă părerea că imitația are rolul doar de a grăbi declanșarea bâlbâielii ce se află în stare latentă.

Practicarea bilingvismului înainte ca una din limbi să fie relativ bine achiziționată poate dezorganiza capacitățile subiectului de transpunere a ideilor în limbaj (Pichon și Borel-Maisonny, 1937) pentru că au loc interferențe frecvente și transferuri incomplete în situația deprinderilor insuficient elaborate (Verza, 1977). Totuși, nu lipsește remarca că bilingvismul, deși frecvent printre bâlbâiți, el nu poate constitui un factor major, deoarece majoritatea bilingvilor nu sunt bâlbâiți (Travis, Johnson și Shover, 1937).

Într-o cercetare amplă, desfășurată de Emilia Boșcoiu (1983) pe un lot mare de copii preșcolari cu vârstă între 4-6 ani din mediul urban și rural în vederea surprinderii factorilor cauzali ai bâlbâielii, au rezultat următoarele caracteristici mai importante:

Din totalul copiilor examinați proveniți din mediul urban (4551) numai 0,90% au prezentat semne evidente ale bâlbâielii, iar la lotul de copii din mediul rural (4185) s-a înregistrat o proporție de 0,57% de cazuri cu bâlbâială. Autoarea explică aceste cifre reduse prin îmbunătățirea condițiilor de sănătate și prin cunoașterea elementelor de bază din logopedie de către învățători care, ambele, influențează dezvoltarea psihică a copiilor. Credem, mai degrabă, că incidența mai redusă a cazurilor de bâlbâială (chiar cu datele obținute în cercetările anterioare ale autoarei) au la bază aspecte ce țin de metodologia evaluării copiilor investigați și probabil vârsta subiecților care favorizează un activism verbal crescut, ca la intrarea în școală să se producă o fragilizare nervoasă ca urmare a unui ușor dezechilibru generat de creștere specific vârstelor de 6-8 ani.

Autoarea a constatat că factorii etiologici implicați în producerea bâlbâielii sunt deosebit de variați și foarte dificil de precizat într-un caz sau altul. Aceștia sunt grupați astfel:

- antecedente familiale;
- situații ce frânează dezvoltarea normală a copiilor;
- întârzieri în dezvoltarea psihologică generală;
- întârzieri în dezvoltarea limbajului și existența unor tulburări asociate de vorbire;
- stângăcia contrariată;
- existența unor malformații ale organelor articulatorii;
- prezența unor traume acute;
- tensiuni provocate de unele intervenții educative necorespunzătoare;
- conflicte întreținute pe o perioadă lungă de timp;
- labilitatea emotivă;
- dezorganizarea familială;
- situații de bilingvism.

Și din înșiruirea condițiilor și a factorilor ce îi fragilizează personalitatea individului și declanșează dificultăți funcționale într-un compartiment sau altul al conduitei umane rezultă că multitudinea acestora denotă caracterul polimorf al etiologiei bâlbâielii și diferențe fundamentale de la un caz la altul în modul cum sunt recepționați și trăiți. De cele mai multe ori există o interacțiune a mai multor factori ce generează bâlbâiala, ceea ce determină dificultăți sporite în determinarea acestora pentru un caz dat. Prin urmare, în problema etiologiei bâlbâielii se simte nevoia unor precizări mai riguroase, care să permită adoptarea unor măsuri de prevenție și de terapie logopedică.

Din dorința de a contribui la elucidarea acestor factori cauzali și de ai face mai ușor de depistat prin luarea în considerare a unor criterii viabile vehiculate în literatura de specialitate mai recentă, Georgeta Burlea și colab. (2003) grupează acești factori sub forma a trei teorii: *organiciste, psihogenetice și foniatrice.*

Teoriile organiciste sunt dominate de ideea că la baza bâlbâielii stă o cauză organică, dar Stiverman (1992) vine cu argumentul că orice bâlbâit are perioade de timp când manifestă o vorbire fluentă, fapt pe care îl demonstrează și S. Borel-Maisonny (1971) care afirmă că aparatul fonator al persoanelor bâlbâite este normal atât din punct de vedere anatomic, cât și din punct de vedere fiziologic. Deși idei de acest gen sunt susținute de mulți alți specialiști, sunt alții care aduc în discuție cazuri concrete la care au fost constatate implicări ale factorilor organo-funcționali în producerea bâlbâielii. Astfel, s-a observat că la copiii prematuri incidența bâlbâielii crește alături de tulburările de pronunție și de un Q.I. redus. La subiecții cu deficiențe mintale grave unde deficitul neurologic și afecțiunile aparatelor auditiv și fonator sunt frecvente, acestea imprimă vorbirii neclaritate, disritmie, disfluență, nazalitate etc.

Se pare că patologia neurologică este cea mai des invocată în producerea disfluențelor verbale, ale spasmelor și, în genere, a tulburărilor de ritm. S-a observat că patologia emisferei drepte sau stângi, ce duce la instalarea afaziei, provoacă concomitent și o simptomatologie specifică bâlbâielii, de unde ideea asocierii acestor două tulburări în multe din cazuri. De fapt, leziunile corticale, ca și cele subcorticale, sunt tot mai des invocate de specialiști în producerea

bâlbâielii, dar trebuie subliniat că unele leziuni de la nivelul creierului, deşi implicate în bâlbâială sau în alte tulburări de limbaj, nu pot fi întotdeauna localizate cu precizie.

Un alt factor care vine în sprijinul teoriilor organiciste şi la care ne-am mai referit este ereditatea. Dar informaţiile obţinute pentru a pune în evidenţă factorul ereditar nu sunt prea riguroase şi lasă loc unor interpretări diferite. Ca mijloace de investigaţie se recurge la studiul arborilor genealogici şi la loturi de gemeni monozigoţi şi dizigoţi când, pentru anumite situaţii, informaţiile sunt limitate şi sărace, incomplete sau chiar eronate.

Totuşi, acest demers a permis, pentru cei mai mulţi specialişti, să afirme cu tărie importanţa factorului ereditar în etiologia bâlbâielii. Fenomenul este mai activ pe linie paternă şi mai ales atunci când bâlbâiala se manifestă în asociere cu alte tulburări de limbaj de tipul dislaliei, dislexiei, disgrafiei, retardului verbal etc. (Beitchman şi Jood, 1992).

În studiile asupra gemenilor s-a relevat o transmitere ereditară mult mai mare la subiecţii monozigoţi – circa 77% - faţă de cei dizigoţi – unde ereditatea ajunge la numai 32% (Andrews, 1991). S-a evocat, de asemenea, şi faptul că transmiterea ereditară pecetluieşte sexul membrilor care provin din acelaşi mediu familial iar în funcţie de gradul de rudenie se face precizarea că riscul este mai mare la sexul masculin şi la rudele de gradul I ale logopaţilor.

Dificultăţile motorii cu substrat nervos sunt şi ele invocate în sprijinul teoriilor organiciste. Pe baza observaţiilor sistematice, s-a constatat că persoanele bâlbâite, indiferent de vârstă, au dificultăţi în desfăşurarea unor acţiuni care implică atât motricitatea grosieră, cât mai ales pe cea fină. Deficitul nervos al motricităţii nu favorizează echilibrul între acţiunile ce se efectuează şi nici un control suficient în ceea ce priveşte execuţia cu precizie şi rapiditate.

Unii autori sunt de părere că tulburarea controlului motricităţii are la bază existenţa unor disfuncţii la nivelul reglării inter-emisferice sau probabil o fragilitate patologică generală ce nu favorizează legăturile implicate în activităţile motorii şi cognitive, frânând astfel integrarea din palierul cognitiv-motor (Webster, 1989). Alţi autori merg mai departe, arătând că dificultăţile motorii presupun o latenţă în desfăşurarea oricăror activităţi şi s-a constatat că la bâlbâiţi, ca urmare a faptului că sunt marcaţi de aceste dificultăţi, timpii de reacţie sunt mai lungi decât în mod obişnuit (Postua şi Kolk, 1991). De astfel, timpul de reacţie crescut în cazul bâlbâiţilor nu se înregistrează numai

în plan motor ci şi în cel auditiv şi verbal. În felul acesta, disfluenţele şi lipsa ritmicităţii în vorbire se accentuează şi mai mult.

Deficitul motor poate fi observat şi în coordonarea mişcărilor mâinilor. Acest fenomen devine acut la cei cu leziuni corticale sau subcorticale când este afectată nu numai vorbirea, dar şi scrierea. Într-un studiu efectuat de noi, am constatat o incidenţă mai mare a bâlbâielii şi disgrafiei, ca şi a altor tulburări de limbaj, la stângacii cu dominanţă emisferică dreaptă ce erau contrariaţi în urma obligării, prin activităţile desfăşurate, să-şi schimbe preferinţa manuală şi dominanţa emisferică. Este un fenomen similar cazurilor de ambidextrie, când se produce o interferenţă între cele două emisfere pentru coordonarea acţiunilor efectuate şi o contrariere a impulsurilor nervoase care fac legătura între centru şi periferie, dereglând mecanismul general al coordonării motorii afectând, astfel, mişcările fine implicate în producţia verbală (M. Golu şi E. Verza, 1970). Unii autori subliniază că la bâlbâiţi nu este suficient de precizată lateralizarea, ceea ce nu facilitează integrarea nivelului senzitiv-motor şi a celui audio-verbal (Sussmann, 1975) sau existenţa unei frecvenţe mai mari a anomaliilor de dominanţă cerebrală şi stângăcie accentuată, în cazul bâlbâiţilor şi dislexicilor (Chouard, 1991).

Teoriile psihogenetice se bazează pe impactul psihologic al unor factori cu caracter stresant asupra evoluţiei ulterioare a copilului. Aceştia pot determina disfuncţionalităţi în toate compartimentele comportamentului uman, inclusiv în cel verbal. Astfel, cu cât mediul de viaţă este mai trepidant şi mai tensionat, cu atât creşte riscul vulnerabilităţii în faţa factorilor stresanţi. La vârstele mici ale copilăriei, când structurile nervoase şi, în general, biologice nu sunt suficient de elaborate, rezistenţa fizică şi psihică a copilului nu-i permite să depăşească cu uşurinţă situaţiile conflictuale şi nu poate adopta mecanisme compensative care să-i permită adaptarea la noile schimbări. În acest context, se ajunge la tensiuni şi confuzii afective, la trăiri anxioase şi frustrante, la fobii şi instabilitate psihică generală.

Având în vedere aceste aspecte, numeroşi specialişti au subliniat rolul factorilor stresanţi în etiologia bâlbâielii nu numai pentru vârstele copilăriei, dar şi pentru vârstele mai mari. Astfel, Mastrangeli (1967) observă că se reduc disfluenţele verbale ale bâlbâitului, când acesta este sigur şi nu se simte ameninţat de o situaţie imprevizibilă, Segre (1985) arată că pedepsele, certurile, ameninţările, nu fac altceva decât să agraveze manifestările bâlbâielii şi să imprime un caracter de nevroză prin trăire conştient-fobică a

situației în care se află, iar Mowrer (1987) pune accent pe raporturile nefirești dintre părinte și copil, situație în care părintele exercită presiuni exagerate asupra copilului pentru a vorbi corect și care,în fapt, fixează tulburarea respectivă. Pe aceeași linie, Pichon și Borel-Maisonny (1971) subliniază că în conversațiile mamelor cu copiii bâlbâiți, acestea se precipită și au tendința de a-l face pe copil să vorbească într-un timp mai scurt.

Pentru elucidarea etiologiei bâlbâielii, deosebit de interesantă este stabilirea rolului jucat de anxietate și de emotivitate în provocarea tulburării respective, pe de o parte, și a măsurii în care acestea pot fi o consecință a trăirilor interne pe care le are persoana bâlbâită, pe de altă parte. ***Noi concepem această relație ca pe un raport dinamic între cauză și efect. Astfel, atât anxietatea exacerbată, cât și emotivita-tea crescută și de durată în timp se pot constitui într-un factor etiologic de sine stătător ce devine foarte activ în condițiile când acționează pe fondul, sau în asociație cu alți factori organici ori psihici. Efectul acestora este mai mare în perioada de debut a logopatiei, ca ulterior ei să contribuie la fixarea și menținerea bâlbâielii. Pe parcursul evoluției bâlbâielii și prin contactul subiectului cu cei din jur, ca și prin neacceptarea propriei sale imagini, anxietatea și emotivitatea se pot amplifica, creând un cerc vicios între cauză și efect.***

Cercetările de sorginte psihanalitică au adus, pentru mulți specialiști, o mare speranță în explicarea mecanismelor declanșatoare ale bâlbâielii și în adaptarea unor tehnici de terapie cu caracter cauzal și comportamental în vederea eliberării individului de conflictele și anxietățile care dau naștere unor dezechilibre intrapsihice.

Potrivit concepției psihanalitice, bâlbâiala poate apărea din copilăria timpurie ca urmare a unor eșecuri în desfășurarea acțiunilor, cum ar fi cele de supt, și pe care copilul le percepe în mod inconștient, iar dacă se repetă, apare un conflict între dorință (de a se hrăni) și neputința de a o satisface. Cu timpul, poate căpăta teamă față de eșec, ceea ce duce la tensiune și anxietate. Teama reapare, întreținută frecvent de mamele hiperprotectoare, ducând la anxietate și blocaje afective ce se concretizează și în comportamentul verbal al copilului. Observând blocajele verbale ale bâlbâiților, Travis (1957) este de părere că acestea exprimă, de fapt, blocajele gândurilor inconștiente și a unor senzații apărute prin satisfacerea nevoilor primare. Alți autori, cum este Volterra (1978) raportează bâlbâiala la existența unor tendințe sadice de dominare a celor din jur și în tendință de a evita sentimentul culpabilității recurge la acte de exhibiționism verbal. Toate aceste situații contribuie la instalarea unei stări nevrotice cu consecințe directe în dezorganizarea palierului verbal și a altor comportamente.

Limbajul face parte din comportamentul general uman și cum acesta se învață pe tot parcursul existenței omului, condițiile mediului înconjurător imprimă acestuia o anumită tipologie normală sau patologică, în grade diferite, între cele două tipologii. Prin urmare, limbajul normal se învață așa cum se învață utilizarea celui cu caracteristici mai puțin normale. Stresul extern poate determina un răspuns verbal disfluent considerat de copil ca fiind adaptativ la evitarea unei situații neplăcute. Cu timpul, un astfel de răspuns se fixează, ducând la bâlbâială. Treptat, exprimarea disfluentă generează o nouă stare anxioasă ce acționează în continuare asupra subiectului agravând caracterul patologic al vorbirii printr-un cerc vicios. La acestea se adaugă și imitația copilului, atât de activă, mai ales în perioada preșcolară, a persoanelor din jur care prezintă caracteristicile unei vorbiri cu o simptomatologie de tipul bâlbâielii și care, în timp, se consolidează ca deprindere negativă.

Teoriile foniatrice par a fi cele care au provocat frecvente controverse, deși unele ipoteze au putut fi demonstrate pe bază experimentală. Astfel, s-a evidențiat existența unei relații nemijlocite între bâlbâială și disfuncția auditivă, adică o întârziere a feed-backului auditiv și emiterea verbală, când subiectul își ascultă propria voce după care urmează o perioadă de latență până la o nouă emitere. Atunci când se aplică un stimul auditiv (un zgomot) puternic ce împiedică auzirea propriei voci se atenuează sau chiar dispare disfluența verbală. Se știe că mai ales atunci când bâlbâitul este conștient de dificultățile sale verbale cenzurează exagerat fiecare emitere în detrimentul automatismului verbal, format în decursul timpului afectând în felul acesta desfășurarea ritmică a vorbirii. Se pare că în acest caz există și un substrat organic, și anume acela al existenței unor deficiențe la nivelul central al sistemului nervos implicat în coordonarea funcțiilor motorii și a celor perceptiv motorii.

Pe de altă parte, bâlbâiala este interpretată ca o tulburare psiholingvistică. Argumentele care se aduc în sprijinul acestei idei se bazează pe observația că bâlbâiala se asociază adeseori cu întârzierile în dezvoltarea limbajului și cu o slabă capacitate a elocinței verbale. Pe de altă parte, se poate remarca persistența pe un timp mai îndelungat a bâlbâielii și, ca urmare, a reticențelor subiectului față de vorbire, ca și a trăirilor tensionale și anxioase, se poate ajunge la

instalarea altor tulburări de vorbire fiind, în fapt, determinate de bâlbâială. Bazându-se pe propria cazuistică, Georgeta Burlea (2003) arată că trei bâlbâiți din patru au prezentat o dezvoltare atipică a limbajului, determinată de două situații extreme: fie de o întârziere în achiziția vorbirii, fie de o dezvoltare precoce a vorbirii ca la un interval mai mare de timp să apară disfluențe verbale. Autoarea conchide că atât întârzierea, cât și precocitatea lingvistică excesivă pot împiedica structurarea și integrarea limbajului.

În fine, în sprijinul teoriilor foniatrice vin și argumentele explicative ale determinării bâlbâielii printr-o incidență crescută a acesteia la copiii bilingvi. Bilingvismul se constituie drept factor în producerea bâlbâielii când copilul învață o altă limbă înainte de a-și forma deprinderi stabile de vorbire în limba primară sau limba maternă.

La toate aceste aspecte ne-am referit, deja, în paginile anterioare.

3. *Definiție și frecvență în bâlbâială*

După cum a rezultat, ***bâlbâiala face parte din tulburările de ritm și fluență ale vorbirii, iar prin complexitatea și varietatea simptomelor ea ocupă locul central. Astfel, bâlbâiala este o tulburare a ritmului și fluenței vorbirii însoțite de blocaje și spasme, de opriri și fragmentări în timpul rostirii silabelor, cuvintelor și propozițiilor, de repetiții și prelungiri ale acestora, ce duc la afectarea producției verbale în condițiile unei ideații posibile normale.***

În bâlbâială apar disfuncționalități în coordonarea motorie a vorbirii, un echilibru instabil între excitație și inhibiție, o instabilitate motorie și psihică, unele deficiențe de sincronizare între expir și inspir, o gestică și mimică asincronă conținutului vorbirii, o intensificare a reacțiilor neurovegetative, manifestate prin „aprinderea" obrajilor, transpirație abundentă, senzații de uscăciune a gurii sau dimpotrivă, salivație excesivă, o dificultate în mânuirea elementelor prozodice cu intensitate inconstantă în emiterea cuvintelor și a propozițiilor, cu prezența unor inflexiuni vocale și a unei intonații neadecvate, cu lipsa accentului și desfășurarea monotonă a vorbirii ș.a.

Prin urmare, bâlbâiala este o tulburare complexă de limbaj ce poate apărea la orice vârstă, dar cu o incidență mai mare la vârstele mici ale copilăriei și cu o dezvoltare mai gravă în adolescență și tinerețe. Creșterea incidenței bâlbâielii în copilăria mică este legată nu numai de factorii cauzali pe care i-am evocat, ci și de fragilitatea sistemului nervos și lipsa de maturitate a aparatului periferic al vorbirii, caracteristică specifică vârstei, care devin mai ușor vulnerabile la acțiunea unor factori agresori, iar în adolescență și în tinerețe subiectul este mai preocupat de imaginea sa și mai sensibil la eșecuri și la atitudinile negative a celor din jur, favorizând amplificarea anxietăților, frustrărilor, tensiunilor psihice astfel încât pot duce la disfluențe verbale mai mult sau mai puțin stabile (E. Verza și F.E. Verza, 2000).

Vârsta preșcolară rămânând cea mai vulnerabilă pentru apariția bâlbâielii. Multe din disfluențele verbale, pauzele și repetițiile de silabe și cuvinte apar la unii copii ca urmare a faptului că activitatea ideativă realizează adevărate salturi în plan calitativ și cantitativ, depășind posibilitățile copilului de a le transpune într-un limbaj cursiv. Uneori, nu găsește rapid cuvintele potrivite staționând prin repetare asupra unora sau le alungește pe altele. Este o formă de ***bâlbâială fiziologică***, pe care o numim așa deoarece ea nu are un conținut patologic, desfășurându-se în limitele normalității și dispărând cu timpul, odată cu maturizarea nervoasă și psihică. Dar ea se poate transforma într-o ***bâlbâială tipic logopedică*** dacă persistă mai mult timp și dacă deprinderile negative de vorbire se consolidează sau se cronicizează. În paralel, ele se agravează și copilul începe să-și dea seama de dificultățile verbale ce le are, conștientizându-le și trăind tot mai anxios starea în care se află. Prezența conștientizării amplifică tensiunea psihică și dramatismul în fața eșecului, teama, logofobia față de vorbire, transformând bâlbâiala în *logonevroză*. ***Logonevroza este, așadar, o bâlbâială conștientizată ce evoluează pe un fond nevrotic și care este mai gravă și de o complexitate maximă atât pentru planul, verbal cât și pentru cel psihic, dar din punct de vedere al dezvoltării simptomatologiei generale, ea rămâne relativ asemănătoare bâlbâielii.***

La intrarea în școală, prin atitudinea de persiflare și de luare în derâdere a copilului bâlbâit de către ceilalți copii, sau chiar prin atitudinea unor cadre didactice care nu au răbdare cu un asemenea copil, pe care îl dojenesc mai aspru pentru vorbirea sa, la fel părinții care își manifestă nemulțumirea și recurg la pedepse pentru a-l face pe

copil să vorbească mai bine, contribuie la fixarea şi conştientizarea bâlbâielii şi, apoi, transformarea ei în logonevroză. Un fenomen similar se poate produce şi mai târziu, în pubertate, în adolescenţă, la alte vârste, mai ales că, aşa cum am subliniat, sensibilitatea faţă de relaţiile cu cei din jur, faţă de impresia ce o fac şi faţă de imaginea de sine îi fac să fie atenţi la orice eşec şi să manifeste o dorinţă fermă de confruntare pe plan intelectual, prin care să-şi valorizeze pe deplin potenţialul disponibil.

Ca urmare a conştientizării dificultăţilor de vorbire, adeseori subiecţii logopaţi recurg la adevărate strategii pentru a ocoli cuvintele critice (la care ştiu că întâmpină dificultăţi) şi pentru a câştiga timp în vederea depăşirii spasmului. Astfel, unii dintre ei, în timpul dialogului, mai ales, sau a unui discurs verbal fac pauze mai lungi după terminarea unei fraze şi înaintea începerii celeilalte, ori înainte de a răspunde la o întrebare. Ei pot simula că se gândesc „profund" la ceea ce vor să spună, făcând gestul de ducere a degetului arătător la tâmplă, sau punând palma pe frunte. Alt exemplu, venind de la plimbare şi întrebat de cineva unde a fost, răspunde în vizită, sau la film, ştiind că pronunţarea consoanei *p* şi respectiv a cuvântului care începe cu acest sunet îl pune în dificultate etc. Este un fel de şiretenie sau viclenie pentru a compensa dificultatea. De altfel, se ştie că persoanele bâlbâite prezintă dificultăţi în emiterea unor sunete cu care începe cuvântul şi la care apare repetiţia. Aşa sunt sunetele explosive, labialele şi bilabialele, ca şi cuvintele scurte sau de legătură (ca, şi, la etc.) la care repetiţia este frecventă.

La persoanele cu deficienţe de intelect, fenomenul de logonevroză este mult mai rar întâlnit şi de fapt numai în disabilităţile mintale uşoare. Aceasta pentru că persoanele respective nu sunt atât de preocupate de propria lor vorbire şi nici nu pot conştientiza dificultăţile ce le au, fapt care îi face să nu trăiască cu dramatism desele lor eşecuri în comunicarea verbală. De altfel, nici bâlbâiala propriu-zisă nu se prezintă cu o simptomatologie atât de variată şi de complexă ca în cazul normalului, impactul asupra personalităţii este redus şi bâlbâiala se manifestă, în principal, sub forma repetiţiilor şi a unei exprimări laconice, incompletă şi incoerentă.

Frecvenţa bâlbâielii a stat şi ea în atenţia cercetătorilor de mult timp, dar unele date, organizate pe baza investigaţiilor, sunt cunoscute din secolul al XVIII-lea, când Chervin (1859) evaluează că la populaţia din Franţa bâlbâiala reprezintă 0,63%. După unele cercetări mai riguroase şi mai apropiate de zilele noastre, frecvenţa bâlbâielii este estimată pentru copii între 1-2% şi pentru adulţi la 1% (McAlister, 1937, Seeman, 1955, Hvatţev, 1959, Neagu, 1963, Winegate, 1970).

Într-o cercetare efectuată de E. Boşcaiu (1966) asupra copiilor preşcolari arată că bâlbâiala este prezentă în proporţie de 1.28%, în timp ce la elevii de 15-18 ani această tulburare este prezentă numai în proporţie de 0,36%. Date apropiate de acestea citează şi Beker şi Sovak (1975) care apreciază că bâlbâiala este de 1,40%, la vârsta preşcolară şi de 0,70%, la copiii cuprinşi între 7-14 ani.

În literatura de specialitate se semnalizează şi prezenţa, pe acest plan, a unor diferenţe în funcţie de sex. Astfel, s-a constatat că la băieţi frecvenţa bâlbâielii este mai mare decât la fete, proporţia fiind de 3/1. Explicaţia acestei stări de fapt se bazează pe ideea că, în ansamblu, vorbirea fetelor este mai mult solicitată şi antrenată încă din copilăria mică, iar pe de altă parte, sistemele cerebrale şi periferice implicate în vorbirea fetelor au o maturizare mai timpurie. De mici, fetele sunt mai des antrenate într-o serie de activităţi ocupaţionale, iar mamele şi ceilalţi adulţi din familie explică şi verbalizează acţiunile desfăşurate, aşteaptă răspuns din partea acestora astfel încât „baia verbală" este mai tot timpul prezentă. În felul acesta, vorbirea este mai mult solicitată ca de altfel întreaga activitate psihică, creând o situaţie stimulativă şi pentru sistemele organo-funcţionale ale subiectului.

Pe baza unei metodologii riguroase, în cercetările efectuate de noi asupra conduitei verbale am putut constata că performanţele verbale ale fetelor de vârstă preşcolară şi şcolară mică sunt superioare băieţilor de aceeaşi vârstă atât în planul calităţii (vorbire mai fluentă, mai închegată din punct de vedere logico-gramatical, mai multe argumente demonstrative ale conţinutului discursului, prezenţa unui vocabular mai elevat etc.), cât şi în cel al cantităţii (un număr mai mare de cuvinte în vocabular, o uşurinţă mai mare în utilizarea lor etc.) ca spre sfârşitul perioadei şcolare mici să se remarce o tendinţă evidentă de o relativă omogenizare a fetelor şi băieţilor sub raport verbal, dar menţinându-se diferenţe individuale semnificative şi în grupul de fete şi în cel al băieţilor (E. Verza, 1973).

Un alt aspect diferenţial este legat de vârsta la care bâlbâiala are o incidenţă mai mare. După Andrews (1983), bâlbâiala apare cu o frecvenţă mai mare între 3 şi 6 ani, cu 50% dintre apariţii înainte de 4 ani şi cu 75% înainte de 6 ani, iar Sheehan (1975) apreciază că bâlbâiala ce apare la vârsta pubertăţii este în relaţie cu factorii hormonali şi este mai mult o formă de recidivă a unor situaţii

tranzitorii de bâlbâială din copilărie, rămase nedepistate la timpul respectiv, fapt pentru care ameliorarea sau chiar dispariția ei se poate realiza în mod spontan (apud G. Burlea și colab., 2003).

Alte date cu privire la frecvența bâlbâielii relevă două situații extreme: pe de o parte, cifrele vehiculate sunt exagerat de mici, iar pe de altă parte, sunt prezentate cifre extrem de mari. Spre exemplu, Glasner și Rosenthal, examinând aproape 1.000 de copii la intrarea în școală, au găsit 15% din aceștia care prezentau bâlbâială, iar Bloodstein (1987), bazându-se pe studiile mai multor autori ce au cercetat incidența bâlbâielii la subiecții cu vârste mai mari de 12 ani, evocă că la Hertzman aceasta era de 5,8%, la Cooper de 3,7%, la Andrews și Harris de 4.8%, la Quinan de 5% etc.

Din prezentarea datelor de către G. Burlea și colab. (2003), cu privire la examinarea copiilor la fiecare început de an școlar de pe raza Centrului Logopedic Interșcolar Iași, rezultă că pentru anul școlar 1999-2000 au fost depistați doar 0,10% copii cu tulburări de ritm și fluență, dintr-un total de 20.000, pentru anul școlar 2000-2001 s-au înregistrat 0,12% copii cu bâlbâială și în fine, pentru anul școlar 2001-2002 frecvența aceleiași tulburări este de 0,13%. Față de aceste cifre și autoarele își exprimă surprinderea, arătând că rezerva ce ne apare trebuie pusă pe seama metodologiei de depistare și proiectare a evaluării precoce. Și E. Boșcoiu (1983) raportează cifre asemănătoare de incidență a bâlbâielii – de 0,14%, dar numai pentru copiii din zona montană a Țării Hațegului, explicând că incidența scăzută se datorează factorilor naturali favorabili dezvoltării individului.

În urma examinării populației care s-a prezentat la Centrul Logopedic Interșcolar al Sectorului IV și la Centrul Logopedic Municipal București, în perioada 1962-1970, noi am constatat o incidență a bâlbâielii de 1,86%, pentru copiii de vârstă 3-14 ani și 0,92%, pentru tinerii cuprinși între 15-25 ani. Datele noastre au fost confirmate, ulterior, prin raportarea la unele statistici din alte Centre logopedice, cât și prin observații sporadice.

Unii autori raportează frecvența bâlbâielii la zona geografică, fapt ce ar explica diferențele de frecvență atât de variate. Astfel, Luchsingher și Arnold (1959) sunt de părere că factorul geografic influențează o descreștere a frecvenței bâlbâielii de la țările occidentale spre cele orientale. Aceeași părere o exprimă și Hvatțev (1959) care, pornind de la datele unor autori, arată că frecvența bâlbâielii în Franța este de 5%, în Germania de 2%, iar în fosta URSS este de numai 1%.

Explicarea acestui fenomen a generat numeroase controverse, dar care nici pe departe nu au dus la rezolvarea problemelor respective. Mai mult, unele din acestea complică și mai tare situația. De pildă, Sikorski, care aprecia bâlbâiala ca fiind o boală a copilăriei, precizează că ea nu este legată de zonele geografice ci de cele etnografice și de naționalitatea populației respective, iar cei ce vorbesc limbi mai evoluate sunt mai puțin afectați de bâlbâială. Așa s-ar explica faptul că populația slavă din Rusia este de 5 ori mai puțin afectată de bâlbâială decât populația din Franța. Alți autori explică diferențele de frecvență prin invocarea factorilor de structură psihosomatică, a celor socio-educativi sau a celor climatici.

În încheiere, se impune precizarea că valoarea datelor prezentate este relativă, pentru că ele nu sunt obținute în urma unor cercetări extinse și riguroase, pe baza unei metodologii adecvate complexității bâlbâielii; adeseori, cercetările au vizat numai populația urbană sau numai subiecții provenind dintr-un segment al populației, ceea ce relativizează și mai mult valoarea rezultatelor. În fine, pe acest plan, cercetările foarte recente sunt și mai limitate, dar persistă ideea că în condițiile actuale s-ar putea înregistra o creștere a frecvenței bâlbâielii ca și altor tulburări de limbaj, dat fiind solicitările și presiunile tot mai mari exercitate de societatea modernă asupra persoanei creând stări tensionale și de stres cu mare impact pentru evoluția psihică generală.

Capitolul IV

CLASIFICAREA ŞI SIMPTOMATOLOGIA BÂLBÂIELII

1. Criterii de clasificare în bâlbâială

După cum am văzut, cu toate că au existat preocupări, mai mult sau mai puţin organizate, din cele mai vechi timpuri, explicarea mecanismelor producerii bâlbâielii şi, în general, a celorlalte tulburări de ritm şi fluenţă ale vorbirii nu au avut darul de a elucida întreaga problematică, astfel încât rămân încă multe semne de întrebare la care specialiştii se străduiesc şi astăzi să răspundă. În schimb, clasificarea şi simptomatologia bâlbâielii, evidenţiată în literatura de specialitate, este relevantă şi se caracterizează printr-un grad mai înalt de preţizie, ca urmare a adoptării unor criterii bine stabilite.

Astfel, la baza clasificărilor bâlbâielii au stat trei criterii principale:

- criteriul simptomatologic;
- criteriul etiologic;
- criteriul timpului de debut al bâlbâielii.

În clasificările efectuate sau acceptate de diferiţi autori, frecvent sunt invocate, direct sau indirect, mai mult sau mai puţin, toate cele trei criterii şi mai rar un singur criteriu. Dar ponderea ocupată de cele trei criterii este diferită de la un autor la altul. În acest context, cea mai veche clasificare a bâlbâielii şi cea mai folosită şi în zilele noastre i se datorează lui H. Gutzmann (1906), care, sesizând prezenţa unor dificultăţi funcţionale la nivelul tonusului muscular al organelor vorbirii, constată că acestea provoacă manifestări particulare în timpul vorbirii, care pot duce la două forme de bâlbâială: clonică şi tonică. Aceste forme mai sunt cunoscute, în literatura de specialitate, şi sub denumirea de tipologia clasică a bâlbâielii.

Bâlbâiala clonică este determinată de prezenţa unor contracţii musculare de scurtă durată şi a unor clonii ce duc la repetarea de două, trei ori a sunetelor şi chiar a silabelor şi cuvintelor, în formele mai accentuate, afectând astfel, desfăşurarea cursivă a vorbirii. În **bâlbâiala tonică** apar spasme de lungă durată, care stopează emiterea vorbirii, iar când acestea se diminuează, sau chiar dispar, are loc o emitere explozivă, ce afectează, intermitent, calitatea şi intensitatea vocii. Spasmele respective se pot instala predominant la nivel respirator, fonator sau articulator. Dar, cum aceste forme nu sunt constante, se pot face treceri de la una la alta, chiar la acelaşi logopat, pe o durată scurtă de timp şi mai ales că bâlbâiala clonică este mai uşoară, ea este prima care, în ordinea cronologică, debutează şi, pe măsură ce se agravează, se instalează şi cea tonică, care, cu timpul, poate deveni dominantă; în funcţie de aceste situaţii, putem vorbi de a treia formă – **bâlbâiala mixtă**, predominant **clono-tonică** sau **tono-clonică**. Această formă mixtă, cu predominarea caracteristicilor uneia din cele două forme clasice, poate fi determinată şi de modul cum ele evoluează, în timp, la fiecare individ în parte. Froeschels (1931) a observat că deşi cele două forme de bâlbâială au o simptomatologie specifică, pe parcursul evoluţiei lor pot apărea modificări predominante pentru o formă sau alta, în funcţie de factorii mai mult sau mai puţin agravanţi pentru subiect.

Mai recent, a fost luat în considerare criteriul timpului în care apare şi se manifestă bâlbâiala. Astfel, Bluemel (1932) foloseşte pentru bâlbâiala clonică şi pentru bâlbâiala tonică termenii de **bâlbâială primară** şi, respectiv, **bâlbâială secundară**. Bâlbâiala primară este forma care apare prima şi se reduce, după autorul menţionat mai sus, la introducerea unor iteraţii cu repetări şi prelungiri de sunete şi silabe, manifestate în mod spontan, fără ca subiectul să fie afectat de acestea. În schimb, bâlbâiala secundară este mai gravă, atât din punct de vedere psihic, pentru că subiectul trăieşte tensionat fenomenul, fiind conştient de el, cât şi din punct de vedere al efortului depus pentru a depăşi încordarea şi rigiditatea musculară ce se instalează tot mai accentuat. Pentru depăşirea blocajelor verbale şi a

mişcărilor spasmodice, subiectul adoptă unele subterfugii, cum ar fi pauzele mai mari din vorbire, gesturile care să inducă prezenţa unei activităţi de gândire mai deosebite, în legătură cu ceea ce vrea să spună, a unei vorbiri cu un ton scăzut sau chiar în şoaptă, pentru a nu putea fi auzit prea bine de interlocutor.

Odată cu persistenţa în timp a bâlbâielii, trăirile negative din planul psihic îl fragilizează pe subiect, ducând la instalarea unui fond nevrotic, ce accentuează simptomatologia bâlbâielii şi fobia faţă de vorbire. ***Astfel, o bâlbâială conştientizată, cu trăiri interioare de mare intensitate, pe un fond nevrotic şi cu prezenţa fobiei faţă de vorbire, o numim logonevroză.***

Logonevroza apare mai frecvent în perioada şcolarităţii şi mai ales la vârstele adolescenţei şi tinereţii şi este întreţinută sau chiar agravată atât de atitudinea negativă a celor din jur faţă de vorbirea logopatului, cât şi de neputinţa acestuia de a face o impresie bună, de a-şi crea o imagine favorabilă asupra interlocutorilor, prin intermediul expresiei verbale.

După criteriul anatomo-patologic (criteriul etiologic), se poate descrie şi o altă formă de bâlbâială, şi anume **bâlbâiala neurologică.** Mai multe referiri la această formă de bâlbâială le găsim în literatura medicală, dar chiar şi autorii care o descriu (Koller, 1983; Ludlow, 1987) recunosc că este dificil să defineşti o astfel de bâlbâială, deoarece factorii etiologici implicaţi determină, în acelaşi timp, o simptomatologie specifică şi altor afecţiuni. În acest context, Georgeta Burlea şi colab. (2003) aduce în discuţie o asemenea simptomatologie ce se regăseşte în diferitele procese patologice cerebrale şi în leziunile anatomice consecutive unor maladii grave invocate de o serie de neurologi. Dintre acestea, semnificative sunt:

- deficienţe ale funcţiilor motorii, soldate cu paralizia membrelor;
- deficienţe în palierul intelectiv, cu sublinierea dezorganizării activităţii spaţio-temporale (Lebrum, 1985) şi a capacităţilor de exprimare a automatismelor (Ardilla şi Lopez, 1986);
- prezenţa unor tulburări de limbaj grave, cu elemente disartrice şi afazice (Ludlow, 1987);
- prezenţa unor maladii cerebro-vasculare grave, de tipul demenţei senile şi a demenţei Alzheimer;

- prezenţa unor procese patologice determinate de leziuni din zonele subcorticale ce duc la o simptomatologie extrapiramidală, de tipul bolii Parkinson ş.a.

Totuşi, raportând bâlbâiala neurologică la tipul de leziune şi la nivelul structurilor afectate, au fost distinse trei forme:

- *bâlbâiala emisferică,* determinată de leziuni la nivelul emisferic;
- *bâlbâiala extrapiramidală,* apărută prin leziuni în structurile extrapiramidale;
- *bâlbâiala globală,* provocată de leziuni extinse de la nivelul encefalului.

Bâlbâiala emisferică poate fi provocată de lezarea unei singure emisfere, de obicei emisfera stângă sau emisfera dominantă, în care se găseşte sediul limbajului, dar şi de lezarea ambelor emisfere, când simptomatologia caracteristică altor maladii devine mai extinsă, şi poate, chiar, fi fundamentată în raport cu tulburarea de limbaj. În realitate, simptomatologia caracteristică altor afecţiuni poate fi cea care generează tulburarea disfemică şi persistenţa acesteia pe întreaga durată a afecţiunii respective. Manifestările care apar şi se menţin într-o astfel de bâlbâială sunt cele ce privesc simptomatologia generală, specifică oricărei forme a bâlbâielii clasice (clonice şi tonice) şi se referă doar la unele caracteristici:

- lentoarea în emiterea sunetelor şi a cuvintelor;
- lipsa de intensitate vocală, cu diminuarea inflexiunilor verbale şi a monotoniei şi rigidităţii vorbirii;
- prezenţa disfluenţelor verbale, a întreruperilor şi a blocajelor;
- apariţia de repetări şi persistenţe verbale la nivelul sunetelor, silabelor, cuvintelor şi propoziţiilor, afectând, astfel, fluxul normal;
- prezenţa inhibiţiilor şi a unei motivaţii reduse pentru comunicare verbală;
- o stimulare redusă a aparatului fonoarticulator, ce diminuează capacitatea acestuia de a participa activ la emiterea verbală, ca urmare a prezenţei desincronizării impulsurilor venite de la centru pentru punerea în acţiune a elementelor periferice ale vorbirii.

Bâlbâiala extrapiramidală apare pe fondul sau în asociere cu alte maladii degenerative ale sistemului nervos central (cum ar fi boala Parkinson sau scleroza multiplă), dar sunt puţine elemente care o pot

deosebi de bâlbâiala emisferică. După unii autori, simptomatologia bâlbâielii extrapiramidale este mai restrânsă, fapt ce face ca disritmiile verbale să nu fie atât de accentuate, iar subiectul afazic să poată răspunde mai bine la intervențiile terapeutice. Îmbunătățirea activității generale influențează pozitiv și desfășurarea vorbirii, imprimând o mai bună calitate a enunțurilor și o creștere a coerenței verbale.

Bâlbâiala globală este pusă de unii autori, cum este și Ludlow, 1987) pe seama afectării concomitente a sistemelor piramidal și extrapiramidal. Cum o asemenea situație provoacă multiple și variate maladii și tulburări în diferitele compartimente ale activității psihice, bâlbâiala se manifestă în paralel cu un întreg cortegiu de distorsiuni verbale de tipul afaziei și disartriei. Ca urmare, bâlbâiala nu numai că este mai gravă, dar această formă se diferențiază cu dificultate de contextul general al tulburărilor de limbaj care o însoțesc și care pot chiar să se suprapună peste manifestările simptomatologice specifice bâlbâielii.

Dacă-acceptăm realitatea existenței bâlbâielii neurologice cu toate dificultățile de definire și descriere exactă a elementelor ce o caracterizează, atunci putem preciza că toate celelalte forme (clasice) de bâlbâială pot fi cuprinse în conceptul **bâlbâielii psihologice**. Dar, dincolo de denumirea pe care o adoptăm, componentele psihologice sunt prezente, într-o măsură mai mare sau mai mică și ele sunt cele ce pecetluiesc gravitatea bâlbâielii și nivelul implicării subiectului în trăirea fenomenului respectiv.

2. *Simptomatologia bâlbâielii și impactul ei asupra personalității*

2.1. Cadrul general al abordării simptomatologice

După cum am mai precizat, în literatura de specialitate simptomatologia bâlbâielii a ocupat un loc central încă din cele mai vechi timpuri, astfel încât s-a reușit să se acumuleze un material interesant și important pentru circumscrierea sindromului de bâlbâială și delimitarea acestuia de alte tulburări ale vorbirii, mai ales de cele în care sunt implicate unele manifestări ale expresiei verbale asemănătoare. Aceasta cu atât mai mult cu cât unele manifestări, apropiate de cele specifice bâlbâielii, se produc pe niveluri și paliere prea puțin diferențiate față de cele ce sunt antrenate de bâlbâială. La noi, o analiză pertinentă a simptomatologiei bâlbâielii, centrată pe disfuncțiile ce au loc în unele compartimente, a fost efectuată de Emilia Boșcaiu (1983).

La debutul bâlbâielii, simptomatologia ce se observă are un caracter global și prea puțin diferențiat pe formele pe care evoluează ulterior, fapt ce poate determina erori de diagnoză, mai ales pentru un specialist fără experiență, în faza inițială, a unor manifestări mai reduse, mai puțin variate și, uneori, a prezenței unei simptomatologii caracteristice bâlbâielii fiziologice sau a copiilor mici, a căror vorbire este insuficient antrenată pentru menținerea unui flux continuu și a evitării repetițiilor, prin găsirea rapidă a cuvintelor necesare exprimării gândului (ideii). Un indiciu important ce trebuie avut în vederea diferențierii vorbirii normale a copiilor mici, care prezintă unele elemente de expresie verbală asemănătoare unei bâlbâieli cu semnificație logopedică față de patologia acesteia din urmă este acela al existenței unor disfuncții, tulburări cu caracter organo-funcțional și psihologic ce însoțesc simptomatologia specifică bâlbâielii. De aici, nevoia de analiză a caracteristicilor simptomatologice pe tipul (forma) de bâlbâială odată cu specificarea palierelor sau compartimentelor în care se produc, dar și care, dintr-un motiv sau altul, influențează distorsiunile verbale. În același timp, trebuie remarcat că, în toate formele de bâlbâială, se pot desprinde unele comune pe lângă cele specifice, ce definesc forma sau tipul dat. În continuare, le vom evidenția și le vom sublinia și pe unele și pe altele.

Din analiza simptomatologiei bâlbâielii clonice și tonice rezultă că sunt unele caracteristici generale și comune ce se întâlnesc în ambele situații, iar în ultimul caz, acestea devin chiar mai grave și mai variate. Și într-un caz și în altul, ele au un impact nemijlocit asupra desfășurării normale a vorbirii, ceea ce face ca unele funcții ale limbajului să scadă sau să se prezinte sub o formă atenuată. Spre exemplu, funcția reglatorie este afectată nu din cauza neînțelegerii limbajului sau al scăderii potențialului ideativ urmărit în intenția de comunicare, ci ca efect al unei concentrări exagerate pe aspectele formale ale enunțurilor verbale sau a fobiei de a nu-și putea exprima corect gândurile și față de eventuala impresie nefavorabilă ce o poate provoca asupra auditorului. Funcția de comunicare este cea mai perturbată, ca urmare a disfluențelor verbale, a repetițiilor de sunete, silabe și cuvinte, a prelungirii și a întreruperilor, a formulărilor

lacunare sau, dimpotrivă, a adoptării verbalismului din cauza tendinței de evitare a cuvintelor critice și a negăsirii rapide a cuvintelor accesibile. Dar, cu toate aceste dificultăți ce le are subiectul logopat, activitatea de gândire, realizată prin intermediul vorbirii își păstrează calitatea și forța necesară funcționării intelectului în mod normal.

O altă caracteristică generală, ce se regăsește în cele două forme de bâlbâială, se referă la faptul că din punct de vedre simptomatologic, se produc manifestări ce se pot grupa în două planuri – planul biologico-fiziologic și planul psihosocial. În planul biologico-fiziologic sunt implicați o serie de factori ce țin de sănătatea fizică generală și de disfuncțiile aparatului fonoarticulator, în special, existența unor disfuncționalități de la nivelul sistemului nervos central, cu precădere din zonele de proiecție a limbajului, tulburările de sincronizare și de echilibru respirator, existența convulsiilor sau spasmelor etc., iar de planul psihosocial sunt legate blocajele din vorbire, frecventele întreruperi, diferitele subterfugii, teama față de vorbire, ca urmare a deselor eșecuri și care duc la instalarea permanentă a logofobiei și a lipsei apetitului pentru vorbire odată cu apariția tulburărilor emoționale și de comportament, în general.

2.2. Simptomatologia bâlbâielii clonice

Pentru a înțelege manifestările specifice celor două forme (clonice și tonice) ale bâlbâielii, se impune o analiză, din punct de vedere simptomatologic, pentru fiecare formă în parte. Analiza pe care o facem, o raportăm și o localizăm în funcție de principalul nivel sau compartiment în care se produce și simptomatologia respectivă.

2.2.1. Dificultăți la nivelul fonoarticulator

Acestea sunt concretizate, în simptomatologia bâlbâielii clonice, prin prezența unor caracteristici foarte variate și reprezentative pentru a o circumscrie ca o formă de sine stătătoare și pentru a o departaja de alte forme ale bâlbâielii.

În contextul dat, **categoria disfluențelor verbale** sunt cele mai importante și se produc, în principal, la nivelul aparatului fonoarticulator, dar sunt implicate și alte componente, cum sunt cele ce țin echilibrul dintre inspir și expir, de capacitatea de coordonare a zonelor centrale nervoase, a mișcărilor și sincronizării elementelor ce participă în producerea vorbirii, a intensității logofobiei care generează reacții neurovegetative ce pot împiedica realizarea normală

a enunțurilor și a cursivității producției verbale ș.a. Aceste fenomene au o semnificație logopedică sau defectologică și se deosebesc de unele manifestări relativ similare de tip fiziologic ce apar la copiii antepreșcolari și preșcolari mici, la care disfluențele verbale sunt dominate de repetițiile de silabe, cuvinte și propoziții, deoarece capacitatea mentală de elaborare în plan ideativ câștigă un ușor avans față de cea a producției verbale, dar care, ulterior, se vor echilibra și treptat, astfel de disfluențe se vor atenua, până la dispariția lor. Se poate observa că la copiii mici, fenomenul repetițiilor este legat și de o mai bună înțelegere a comunicării, iar numărul acestora este redus la 1–3 repetiții și fără modificări majore de tip neurovegetativ, în timp ce la persoanele bâlbâite, frecvența repetițiilor ajunge adeseori la 4–5, devenind mai accentuate (Egland, 1963), odată cu prezența unor desincronizări a mișcărilor, a apariției de grimase, ticuri, a unei gesticulații exagerate sau, dimpotrivă, a unei inhibiții, printr-o rigiditate generală a posturii.

Van Riper (1963) recunoaște că sunt diferențe cantitative în producerea disfluențelor între copiii bâlbâiți și cei nebâlbâiți, dar consideră că natura disfluențelor este cea care stabilește mai bine criteriul departajării simptomatologiei bâlbâielii de manifestările similare și obișnuite, în cazul copiilor mici, la care mecanismele verbale sunt insuficient de dezvoltate, ceea ce face ca aceste caracteristici să dispară odată cu maturizarea generală a diferitelor aparate implicate în producția verbală. Spre deosebire de disfluențele verbale normale ale copiilor mici, ce se reduc la repetiții de cuvinte și de sintagme, odată cu existența unor pauze mai mari în rostirea acestora, la persoanele bâlbâite, repetițiile de sunete, silabe și cuvinte sunt scurte, dar apar mai frecvent, în timpul pronunției, prelungirea acestora și introducerea de pauze sau ezitări, ceea ce afectează unitatea desfășurării cursive a vorbirii.

Pornind de la ideile autorului citat, pentru compararea disfluențelor verbale ale bâlbâiților cu cele ce apar la copiii mici, Emilia Boșcaiu (1983) a dat ca sarcină celor două loturi de subiecți povestirea și apoi repovestirea, la un interval de câteva zile, a unui basm cunoscut și a înregistrat principalele manifestări produse în timpul desfășurării vorbirii. Astfel, s-a urmărit frecvența și natura disfluențelor determinate de repetiții, prelungiri, ezitări și întreruperi ale fluxului verbal. Cu această ocazie, s-a constatat că la subiecții bâlbâiți, diferitele tipuri de disfluențe se prezintă într-o proporție de aproximativ de patru ori mai mare față de cele ce au loc la copiii

nebâlbâiți, adică o medie de 11,8% și respectiv, o medie de 2,5% pentru ultimul lot de subiecți.

Pentru ambele loturi luate în cercetare, disfluențele produse prin repetiții au cea mai mare frecvență, dar diferă tipurile de repetiții pentru cele două categorii de subiecți. Ca urmare, pentru copiii cu o evoluție normală a vorbirii, predominante sunt repetițiile de cuvinte (67,14%) și repetițiile de silabe (13,10%), în timp ce la subiecții bâlbâiți, frecvența repetițiilor de cuvinte este mai mică (15,70%), dar frecvența este mai ridicată în cazul silabelor (25,49%) și a sunetelor (18,62%). Disfluențele produse prin prelungirea de sunete se manifestă în mod sporadic la copiii nebâlbâiți, în timp ce la subiecții bâlbâiți, repetițiile de sunete și silabe ocupă primul loc (24,51%).

Autoarea conchide că pentru diagnoza bâlbâielii nu este suficient să se ia în considerare numai un singur aspect din manifestările acesteia, ci întreaga fenomenologie simptomatologică, căci prin corelarea elementelor respective, se creează cadrul general din care se pot desprinde caracteristicile specifice unei forme sau alteia de bâlbâială. Spre exemplu, ezitările și pauzele din timpul vorbirii nu au o semnificație atât de evidentă pentru diferențierea celor două loturi de subiecți luați în studiu, deoarece numai natura lor este diferită, iar la o primă evaluare sumară, aceasta nu este ușor de precizat, la care se adaugă și elemente ce se pot modifica pe parcursul evoluției subiecților.

În unele perioade de vârstă, se pot produce și pauze mai evidente și mai persistente în desfășurarea vorbirii, fără ca acestea să aibă o semnificație sau o simptomatologie propriu-zisă de bâlbâială. Asemenea fenomene au loc în perioadele mici ale copilăriei, cum este vârsta preșcolară, când limbajul nu este suficient de elaborat și fluxul expresiei verbale sau vocabularul limitat, iar găsirea cuvintelor adecvate nu ating nivelul de desfășurare mai rapid al ideației. Un asemenea fenomen are loc și la vârstele mai înaintate, ca urmare a scăderii capacității expansive în derularea activității verbale sau a reducerii memoriei cuvintelor și a expresiilor verbale. Astfel, și într-un caz și în altul, au loc ezitări, pauze mai lungi și introducerea, în vorbire, a unor sunete sau cuvinte scurte, parazitare, care cresc ca frecvență și extindere în funcție de trei factori:

- dificultatea și complexitatea conținutului abordat;
- gradul de oboseală fizică și psihică a subiectului;
- disconfortul fizic și psihic al vorbitorului.

Asemenea factori trebuie luați în considerație și în cazul persoanelor bâlbâite, deoarece aceștia amplifică simptomatologia respectivă, dar producerea manifestărilor ca atare este determinată, în principal, de dificultățile mișcărilor de sincronizare a elementelor aparatului fonoarticulator, în cazul emiterii unor sunete sau consoane, de la nivelul cuvintelor care presupun mișcări mai deosebite de la o situație la alta, spre exemplu, de la emiterea vocalelor, la cea a consoanelor și, mai cu seamă, a grupurilor de consoane. Dificultățile de acest gen sunt accentuate și de modificările rapide ale suflului respirator, ce sunt extrem de rapide, prin trecerea de la o pronunție relaxată (cum este cazul vocalelor sau a unor sunete „moi"), la articularea încordată și cu efort (ca în cazul consoanelor și a grupurilor consonantice). Coordonarea motricității fine, prin mișcarea limbii, a buzelor etc. și modificările rapide ale suflului respirator, ca urmare a trecerii de la emiterea unui sunet la altul în cuvânt determină și repetarea de circa trei ori a sunetului cu care începe cuvântul, fenomen ce nu se manifestă în cazul persoanelor nebâlbâite, chiar dacă acestea sunt mai dese și se repetă după regula predominării diftongilor și triftongilor. Astfel, se repetă primul sunet în cuvinte de tipul p-p-p-plimbare, s-s-s-stradă, s-s-s-stadion, care, cu timpul, devin cuvinte critice față de care subiectul manifestă teamă, deoarece conștientizează posibilitatea eșecului. Mai mulți autori (Brown, Hvattev) au semnalat prezența repetițiilor în cazul consoanelor ocluzive, când acestea se găsesc la începutul cuvintelor, ceea ce denotă că pronunția corectă poate fi dependentă de prezența unor sunete inițiale (Silverman, 1975).

Dificultățile de coordonare neuro-motorie, prezente și în timpul emiterii sunetelor, provoacă o altă categorie de disfluențe, ce se manifestă prin prelungirea unor sunete. De obicei, aceste dificultăți se asociază cu un dezechilibru în adaptarea suflului respirator la tipul de emitere verbală și, ca atare, au loc iterații (când se repetă frecvent primul sunet sau silabă din cuvânt) sau prelungiri ale unor sunete cu un grad ridicat de dificultate în articulare. În genere, lungimea și complexitatea cuvintelor și a propozițiilor provoacă, pe acest plan, cele mai multe dificultăți și disfluențele care se repetă constant pot deveni o obsesie pentru logopat, cu trăiri tensionale și teamă de vorbire.

Rezultă, așadar, că disfluențele verbale conturează întreaga simptomatologie a bâlbâielii și se produc atât la nivelul cuvintelor, cât și al propozițiilor, cu o frecvență mai mare la primul cuvânt

pronunţat, ca şi la nivelul diftongilor şi triftongilor, ori a unor sunete care necesită mişcări de mare finețe şi un suflu expirator cu intensitate puternică. Dacă la copiii mici, cu o dezvoltare normală a limbajului, unele disfluenţe verbale caracteristice vârstei se desfăşoară sub semnul perseverării în emiterea unor sunete şi cuvinte, fără a afecta nemijlocit manifestarea ulterioară a vorbirii, la persoanele bâlbâite, disfluenţele sunt receptate şi trăite anxios, iar teama de a nu greşi amplifică, ulterior, erorile verbale, creând o reacţie circulară, cu efecte negative, pe care subiectul nu o poate controla. Şi în cazul bâlbâiţilor cu deficienţă mintală, disfluenţele verbale se manifestă mai mult sub forma unor perseverări, deoarece conştientizarea lor nu se produce sau este slab realizată, astfel încât subiectul nu trăieşte tensiunea caracteristică şi rămâne relativ indiferent faţă de eventualele dificultăţi, continuându-şi acţiunea verbală ca şi când nimic nu s-ar fi întâmplat care să-l afecteze.

Subliniem încă o dată că bâlbâiţii manifestă o aşa-zisă „preferinţă" pentru unele sunete şi cuvinte, în cazul cărora disfluenţele sunt mai active şi se manifestă sub forma unor repetiţii sau prelungiri exagerate ale acestora în timpul emiterii. Astfel, sunetele explozive, siflantele şi şuierătoarele sau cele care se pronunţă cu o mai mare încordare a aparatului fonoarticulator, cuvintele de legătură şi pronumele sunt cele mai afectate din acest punct de vedere. Dat fiind faptul că atât sunetele la care ne referim, cât şi cuvintele de legătură şi pronumele au o frecvenţă relativ mare în vorbire, disfluenţele sub forma repetiţiilor sunt extrem de evidente şi supărătoare. Dacă avem în vedere că ele provoacă unele trăiri de încordare, de proastă dispoziţie, de oboseală şi nervozitate, emotivitatea crescută sau că aceste fenomene pot fi determinate şi de alţi factori, acestea contribuie la precipitarea subiectului şi la amplificarea disfluenţelor.

2.2.2. Dificultăţi la nivelul respirator

În analiza acestor aspecte, se impune să facem câteva precizări de la care trebuie să pornim şi la care să ne raportăm, şi anume:

- Vorbirea se realizează în timpul respirului, iar situaţiile accidentale de tipul unor stări emoţionale deosebite, o oboseală şi precipitare peste măsură etc. nu contribuie la desfăşurarea fluentă a vorbirii;
- Desfăşurarea expiraţiei şi inspiraţiei se realizează în mod ritmic, ritm ce se consolidează pe măsura dezvoltării organismului, prin trecerea de la o anumită fragilitate, în copilăria mică, la stabilitate şi ritmicitate, la vârstele ulterioare;
- Tipul de respiraţie caracteristic sexului este programat genetic, astfel încât la sexul masculin respiraţia este predominant costo-abdominală. iar la sexul feminin, aceasta este predominant toracică

Toate acestea se agravează în bâlbâială şi devin tot mai evidente în timp. Pe de altă parte, când din anumite motive, apar astfel de dereglări în compartimentul respirator, ele duc la disfluenţe verbale cu caracteristici asemănătoare celor din bâlbâială, care ulterior se pot stabiliza şi transforma în disfluenţe ce afectează ritmicitatea şi fluenţa vorbirii, devenind un factor cauzal al unei posibile bâlbâieli.

Ca urmare a unor stări emoţionale de o mare intensitate, a încordărilor şi tensiunilor ce survin în timpul emiterii unor cuvinte critice, antrencază şi componenta inspiratorie în mod exagerat, ceea ce afectează coordonarea respiraţiei cu fonaţia. În astfel de situaţii, pot fi antrenate unele părţi ale corpului în mod exagerat şi impropriu pentru tipul de respiraţie specifică sexului. Spre exemplu, o respiraţie de tip costal superior, prin antrenarea mişcărilor cutiei toracice, ce poate apărea la băieţi, semnifică o schimbare, o inversare a modelului respirator cu cel al sexului feminin duc la dereglarea raporturilor de funcţionalitate normală între componentele respiratorii şi fonatorii, iar efectul în planul vorbirii se manifestă prin dificultăţi de exprimare, de fluenţă şi de ritmicitate. În cazul fetelor, se produce, în timpul emiterii verbale, o antrenare a musculaturii costo-abdominale cu respiraţii scurte şi rapide ce nu dau timpul necesar acumulării rezervei de aer pulmonar pentru o exprimare cursivă, având loc, şi în cazul acesta, o schimbare a tipului respirator caracteristic sexului şi o exacerbare a disfluenţelor din simptomatologia bâlbâielii.

În astfel de situaţii, se ajunge frecvent la tendinţa subiectului de a vorbi în timpul inspiraţiei şi nu în cel al expiraţiei, cum este normal. Ca atare, efortul respirator este mult mai mare, subiectul devine tot mai precipitat în timpul vorbirii, creşte tensiunea psihică, se modifică ritmul cardiac şi apar reacţii neurovegetative jenante care, toate, contribuie la dezorganizarea fluidităţii şi ritmicităţii exprimării.

2.2.3. Dificultăţi la nivelul extralingvistic

După cum am văzut, există o serie de elemente extralingvistice care subliniază rolul aspectelor prozodice, concretizate în intensitatea vorbirii, tempoului, intensităţii, ritmului, pauzei şi accentului ce joacă un rol important în precizarea şi completarea mesajului verbal sau, dimpotrivă, pot diminua sau chiar reduce conţinutul semantic pe care vorbitorul doreşte să-l transmită auditoriului. Se poate spune că există o artă în utilizarea şi mânuirea acestor mijloace prozodice, pentru a spori forţa persuasivă a limbajului vorbit şi, ca urmare a exersării şi a experienţelor comunicaţionale ale copilului, mai întâi cu mama şi cu cei din anturajul apropiat, ca apoi cu toţi cei cu care se relaţionează, pentru exprimarea dorinţelor, a stărilor emoţional-afective, a atitudinilor, a gândurilor şi a formulării cerinţelor. Elementele prozodice preced limbajul vorbit, îl susţin şi îl ajută în formarea şi creşterea varietăţii sale de exprimare.

Când apar distorsiuni la nivelul comunicării verbale, elementele prozodice se perturbă şi ele atât prin frecvenţa producerii lor, cât şi prin adecvarea acestora şi precizarea conţinutului şi sensului mesajului verbal pe care îl urmăreşte vorbitorul. Dar, de cele mai multe ori, dereglajele prozodice sunt un efect nemijlocit al stărilor de încordare şi a rigidităţii neuromotorii localizate, în genere, la nivelul întregului corp şi al aparatului verbo-motor, în special, al blocajelor emoţionale, al apariţiei unor reacţii neurovegetative jenante (transpiraţii exagerate, salivaţie abundentă sau, dimpotrivă, senzaţie de uscare a gurii, o creştere a stării de agitaţie, o teamă de a nu greşi, ce amplifică anxietatea ş.a.), toate acestea fiind generate de tulburarea ca atare a vorbirii şi de modul cum aceasta este trăită pe plan intern de individ. Dificultăţile de la nivelul prozodiei se amplifică dacă subiectul cu bâlbâială are de transmis un mesaj verbal mai deosebit care presupune şi folosirea unei structuri verbale complexe, astfel încât şi stările emoţionale cresc, creând astfel un cerc vicios, în sensul că fiecare element ce apare, îl determină pe celălalt, iar la producerea acestuia se instalează o reacţie de amplificare pentru elementul ce a generat-o. De altfel, dificultăţile prozodice nu sunt atât de accentuate în afara limbajului vorbit, deoarece ele nu antrenează modificări rapide şi sincronizări atât de precise a comportamentelor subglotice şi laringiene ce sunt caracteristice emiterii sunetelor şi cuvintelor, dar mai cu seamă a unor propoziţii mai dezvoltate. Dovada, în acest sens, o reprezintă şi faptul că în emiterea prelungită a unor cuvinte şi propoziţii sau adoptarea unui caracter melodic în timpul vorbirii, toate elementele prozodice menţionate mai sus, au o desfăşurare normală sau apropiată de normalitate, chiar dacă ne referim la un subiect cu tulburări de ritm şi de fluenţă ale vorbirii. În astfel de situaţii, coordonarea motrică de la nivelul elementelor aparatului fonoarticulator este mai simplificată, pentru că antrenează, în principal, activităţi subglotale şi laringiene, ce nu sunt atât de complicate precum cele ce se produc în timpul emiterii sunetelor şi cuvintelor, antrenând mişcări de o fineţe mai mare a elementului supraglotal, în paralel cu mişcările de sincronizare a limbii, a vălului palatal, a buzelor şi a deschiderilor de maxilare.

Prezenţa bâlbâielii denotă lipsa de coordonare neuromotorie în producerea vorbirii şi apariţia unor dereglări sinergice ce imprimă un dezechilibru între mişcările specifice articulării şi cele ce sunt implicate în realizarea componentelor prozodice. De aici, se poate deduce cât de important este să se ofere copilului, încă din ontogeneza timpurie, modelele de învăţare corectă în formarea şi corelarea manifestărilor elementelor prozodice, în paralel cu dezvoltarea capacităţilor verbale şi stăpânirea frazărilor.

2.2.4. Dificultăţi la nivelul comportamentului şi al personalităţii

Încă din antichitate, prin descrierea de către Plutarh a unor trăsături individuale manifestate de Demostene, ca urmare a bâlbâielii sale şi ulterior, din alte observaţii făcute de autori diferiţi, se ştie că tulburările de vorbire, în general, şi cele de ritm şi fluenţă ale vorbirii, în special, îşi pun amprenta pe modul cum evoluează caracteristicile de personalitate ale logopatului şi a felului cum acestea sunt exprimate în plan comportamental. Dintre cele mai relevante trăsături de personalitate care se instalează prin impactul bâlbâielii asupra subiectului, pot fi menţionate cele care privesc: trăirile frustrante şi anxioase, tendinţa spre negativism şi negarea valorii celorlalţi, apetitul scăzut pentru activitate şi slaba participare la executarea unor sarcini, tendinţa de introversie şi de izolare faţă de cei din jur, teama de a nu fi penibil şi de interrelaţionare comunicaţională în grup, exacerbarea irascibilităţii şi a suspiciunii, subdimensionarea propriilor capacităţi sau, dimpotrivă, o supraevaluare a propriilor calităţi etc., iar ca expresie a acestora, comportamentele devin incoerente şi cu o redusă finalizare a scopurilor propuse, încărcate de anxietăţi expresive şi de dificultăţi de exprimare verbală şi nonverbală, cu adecvare redusă la realitatea contextuală în care se desfăşoară şi o raportare aleatorie la interesele celor cu care interrelaţionează, cu accente de nervozitate şi

agitaţie psihomotorie ce sporesc imprecizia expresiei comportamentale ş.a.

Impactul mai mare sau mai redus al tulburării de vorbire asupra comportamentului şi al personalităţii este dependent de o serie de factori subiectivi, raportaţi la starea fiecărui individ, şi obiectivi, raportaţi la condiţiile de mediu în care trăieşte subiectul. Astfel, se impune luarea în considerare a specificului particularităţilor psihice ale fiecărui subiect şi a modului cum recepteazǎ şi asimilează condiţiile de mediu. Dintre aceşti factori, subiectivi şi obiectivi, mai importanţi sunt:

- vârsta mintală şi cronologică a subiectului;
- nivelul de conştientizare a dificultăţilor de limbaj;
- atitudinea tolerantă/atitudinea ostilă a celor din jur faţă de dificultăţile subiectului;
- sensibilitatea şi fatigabilitatea subiectului faţă de condiţiile de mediu;
- gravitatea dificultăţii de limbaj.

Vârsta mintală şi cronologică prezintă importanţă pentru că defineşte situaţia de înţelegere a tulburării de limbaj pe care poate să o perceapă ca fiind pasageră şi să nu o trăiască ca pe o dramă cu răscoliri devastatoare la nivelul personalităţii, dar ea generează stări conflictuale şi de conştientizare a dificultăţii pe care o traversează subiectul când capacitatea intelectivă este mai ridicată. În această situaţie, o bâlbâială se transformă uşor într-o logonevroză, ceea ce duce la exacerbarea tensiunii şi a dramatismului în care se află subiectul. Trebuie avut în vedere că la aceste aspecte se adaugă şi ceilalţi factori enunţaţi care şi ei pot influenţa într-o măsură mai mare subiectul. Spre exemplu, în deficienţa de intelect sau în vârstele mici ale copilăriei nu se înregistrează o preocupare şi o conştientizare conturată a bâlbâielii şi, ca atare, şi ceilalţi factori nu exercită o presiune prea mare asupra subiectului, astfel încât acesta trece mai uşor peste dificultăţile sale şi nu duc la bulversarea personalităţii şi comportamentului, ele rămânând în limitele specifice structurilor sale psihice de dezvoltate.

Dat fiind faptul că bâlbâiala tinde să se transforme în logonevroză sau că în alte situaţii aceasta apare pe un fond nevrotic, toate caracteristicile ce le generează, o stare nevrotică şi, în primul rând, o exacerbare a emotivităţii ce presupune o irascibilitate, iritabilitate, anxietate, agresivitate etc., influenţează negativ structurile de personalitate şi expresia acestora prin

comportamentele general-umane (ludice, cognitive, afective, acţionale), ca şi a celor verbale/de utilizare şi înţelegere a limbajului, de formulare logico-fluentă şi de surprindere a conţinutului semantic al limbajului verbal şi nonverbal. Din aceasta rezultă că în bâlbâială, odată cu persistenţa ei în timp şi prin dezvoltarea fondului nevrotic, simptomatologia devine tot mai complexă în toate palierele activităţii psihice, iar disfluenţele verbale şi tulburările ritmicităţii vorbirii se extind de la manifestările cu caracter aleatoriu, la nivelul întregii conduite verbale, se agravează şi capătă stabilitate în circumscrierea deprinderii negative de mânuire a limbajului. Dacă în bâlbâiala clonică, ca formă iniţială şi de o amploare simptomatologică mai redusă, cu stări nevrotice ce nu depăşesc un cadru relativ obişnuit, iar logonevroza nu este, în toate situaţiile, bine conturată, în bâlbâiala tonică şi mai ales în forma mixtă, clono-tonică sau tono-clonică, fenomenologia nevrotică a bâlbâielii devine tot mai evidentă şi tulburările specifice logonevrozei se resimt pertinent în planul personalităţii şi comportamentului.

În literatura de specialitate, chiar dacă nu se fac referiri directe la caracterul de logonevroză al bâlbâielii, o serie de autori vorbesc de o corelaţie între emotivitate şi bâlbâială. Astfel, este subliniată ideea potrivit căreia încă din copilărie, la copiii bâlbâiţi cresc stările de emotivitate, iar anturajul nefavorabil, cum ar fi ironizarea vorbirii acestora de către cei din jur, exigenţele exagerate ale părinţilor care pretind o vorbire cât mai corectă şi fluentă, îndemnul educatorilor faţă de copii de a manifesta înţelegere şi de a acorda ajutor colegului lor cu dificultăţi de vorbire etc., nu fac decât să fixeze atenţia subiectului asupra tulburării, să se teamă de un eventual eşec în desfăşurarea vorbirii şi, prin repetare, să se condiţioneze la aceşti factori. Reacţiile emotive se amplifică şi se extind prin repetare, ca şi în cazurile de agravare a bâlbâielii şi în situaţiile de conştientizare şi trăire frustrantă şi conflictuală a dificultăţilor de comunicare. Situaţii de acest gen se produc frecvent la şcolarii mai mari, în adolescenţă şi în tinereţe, când subiectul este mai preocupat de imaginea de sine şi pe expectaţia de a face o impresie bună în anturajul frecventat.

Chiar şi în astfel de situaţii, dacă subiectul bâlbâit are parte de un climat emoţional calm, receptat ca un confort afectiv, tensiunea emoţională, încordarea şi rigiditatea nervoasă se reduc, favorizând o desfăşurare a vorbirii cât mai apropiată de normalitate. Aceasta îi asigură încrederea în posibilităţile sale şi are un efect psihoterapeutic,

fapt deosebit pentru terapia logopedică a tulburărilor de ritm şi de fluenţă a vorbirii.

2.3. Simptomatologia bâlbâielii tonice

După cum am văzut, încă din forma iniţială şi mai puţin gravă a bâlbâielii clonice, au loc o serie de modificări semnificative ce se produc în toate compartimentele activităţii care sunt implicate nemijlocit în realizarea şi desfăşurarea comunicării. Manifestările despre care am vorbit devin mai evidente şi mai extinse, la care se adaugă unele note specifice, în bâlbâiala tonică. Spre exemplu, logofobia (teama de vorbire) la care ne-am referit mai sus, în bâlbâiala tonică se constituie ca o componentă obsesivă pe care subiectul doreşte să o depăşească, dar nu poate, ea amplificându-se de fiecare dată când se află în faţa unui auditoriu nou sau mai numeros, ceea ce îl irită, îl agită şi, ca atare, tulburările de fluenţă se accentuează.

În bâlbâiala tonică se trece de la repetiţii şi prelungiri de sunete şi cuvinte, caracteristice bâlbâielii clonice, la spasme tonice generalizate, odată cu prezenţa încordării şi contracţiilor musculare de la nivelul aparatului fonoarticulator ce împiedică declanşarea iniţială a pronunţiei, după care are loc o emitere explozivă şi o precipitare a vorbirii. În primul rând, aceste modificări se produc şi duc la agravarea bâlbâielii, ca urmare a conştientizării subiectului, a dificultăţilor ce le are sau ce pot apărea pe parcursul desfăşurării vorbirii, astfel încât tensiunea nervoasă şi încordarea emoţională cresc proporţional cu gradul logofobiei, ajungând la o supraîncordare, ce blochează declanşarea actului verbal. Teama faţă de vorbire, subliniată de Hvattev sau dificultăţile ce intervin în folosirea structurilor verbale complexe, la care se referă Van Riper (1963), se adaugă simptomatologiei generale a bâlbâielii tonice şi grăbesc transformarea acesteia în logonevroză. Supraîncordarea nervoasă şi emoţională, ce apare pe acest fond, generează o serie de grimase faciale, ticuri şi o gestică exagerată şi neadecvată vorbirii, fapt ce imprimă o notă de discordanţă între ceea ce vrea să comunice subiectul şi modul de exprimare verbală în care predomină spasmele care accentuează caracterul de scindare a vorbirii. Spasmele se pot produce în oricare componentă a vorbirii şi anume, în articulare, în fonaţie şi în respiraţie, iar atunci când se manifestă în toate cele trei componente, se dezvoltă o bâlbâială mai gravă, cu implicaţii complexe pentru disconfortul psihic al subiectului.

Ca şi în bâlbâiala clonică, simptomatologia bâlbâielii tonice evoluează pe aceleaşi componente, dar cu o fenomenologie mult mai accentuată, diversificată şi mai evidentă, care dezorganizează, mai mult sau mai puţin, viaţa internă a subiectului.

2.3.1. Dificultăţi la nivelul fonoarticulator

La acest nivel, se poate constata modul în care se dezvoltă, în sens de agravare a bâlbâielii tonice, printr-o serie de caracteristici ce îi sunt specifice. Astfel, scindarea unităţilor verbale se extinde de la nivelul silabelor din cuvânt, la propoziţii şi unităţi sintagmatice, în aşa fel încât pauzele şi ezitările frecvente devin tot mai supărătoare, creând impresia, pentru auditor că subiectul logopat nu stăpâneşte prea bine ceea ce vrea să comunice. Bloodstein (1960) observă că, pe măsura agravării bâlbâielii şi a înaintării în vârstă a subiectului cu astfel de dificultăţi, aceste fenomene devin tot mai extinse, datorită faptului că simptomele bâlbâielii tonice se dezvoltă progresiv şi se accentuează odată cu trecerea timpului. Autorul respectiv pune acest aspect şi pe seama tensiunii musculare de mare încordare ce apare mai intens înainte de formularea verbală, împiedicând adoptarea unui ritm fluent. Guitar (1975) a confirmat ideea lui Bloodstein, prin folosirea unei tehnici de măsurare a activităţii electrice a muşchilor care iau parte la realizarea vorbirii şi a constatat că în cazul bâlbâiţilor de vârstă adultă are loc o creştere a amplitudinii electromiografice înaintea începerii expresiei verbale.

Tot pe seama tensiunii musculare, Van Riper (1963) pune şi existenţa diferenţelor care se produc între repetiţiile şi prelungirile de sunete din bâlbâiala clonică, care se desfăşoară printr-o relativă ritmicitate, în timp ce aceste fenomene, în bâlbâiala tonică, se produc prin pauze neregulate, iar prelungirile de sunete, silabe şi cuvinte accentuează şi ele caracterul de disfluenţă a vorbirii.

În toate formele de bâlbâială şi mai cu seamă când aceasta tinde să se conştientizeze şi să se agraveze, intervine o serie de condiţionări în raport de care se manifestă o mare fluctuaţie în conduita verbală a subiectului. Dispoziţia psihică, confortul emoţional-afectiv, anturajul partenerului sau a grupului cu care interrelaţionează, starea de oboseală, nivelul expectaţiilor etc. sunt numai o parte din situaţiile la care subiectul se poate condiţiona, astfel încât unii din aceştia pot avea o vorbire apropiată de normal, în timp ce în alţii prezintă disfluenţe verbale majore, ce se amplifică pe măsura eşecurilor înregistrate şi ulterior, conştientizate. În această

situație se produce un proces de involuție în care disfluențele verbale devin tot mai acute, cu repetări și prelungiri frecvente de sunete și silabe, iar iterațiile la nivelul cuvintelor și, în special, al cuvintelor de legătură, înlocuiesc tot mai mult simplele perseverări întâlnite la copiii mici nebâlbâiți și în bâlbâiala clonică ușoară sau inițială. Agravarea bâlbâielii este accentuată și de desele scindări ale fluenței verbale, de prezența spasmelor și de ezitările pe tot parcursul desfășurării vorbirii.

2.3.2. Dificultăți la nivelul respirator

În literatura de specialitate, toți autorii recunosc că în bâlbâială de produc o serie de modificări în aparatul respirator, atât din punct de vedere al volumului acrului inspirat și expirat pentru realizarea emiterii și desfășurării vorbirii, cât și a locului în care se produc aceste fenomene și a structurilor organo-funcționale antrenate în activitatea respectivă. Astfel, echilibrul dintre inspir și expir, menținerea tipului de respirație caracteristic sexului, ca o dobândire genetică și modificările sau abaterile ce se produc prin exacerbarea nervoasă și emoțională, ca și prin dezechilibrul caracteristic al simptomatologiei specifice bâlbâielii (disfluențe verbale, prelungiri, repetiții de sunete, silabe și cuvinte, ezitări, blocaje spasme tonice etc.) pot determina o disfuncționalitate respiratorie cu efecte negative pentru fluența cursivității normale a vorbirii. Unele informații cu privire la aceste fenomene se pot obține prin observații directe asupra subiecților bâlbâiți, dar, mai cu seamă, prin mijloacele moderne de înregistrare de tipul pneumografic, spirografic, roentgenoscopic etc., care pun în evidență orice abatere sau tulburarea respiratorie ce apare în bâlbâială, comparativ cu caracteristicile de desfășurare a actului respectiv în vorbirea normală.

Încă Froeschel (1931) și Hvatțev (1959) au observat că tulburările respiratorii, reduse în faza de debut al bâlbâielii, cresc, pe măsură ce aceasta se agravează și are un impact mai mare asupra planului nervos-emoțional al subiectului. Primul aspect care atrage atenția în situațiile de debut al bâlbâielii este dezechilibrul dintre mișcările respiratorii abdominale, raportate la cele toracice, ce se amplifică odată cu agravarea disfuncției verbale și persistența tulburării în timp. De aici, rezultă că bâlbâiala se asociază cu tulburările respiratorii, ce pot avea intensități diferite, ajungând să se condiționeze reciproc și să se extindă pe măsura agravării uneia din cele două caracteristici. Legry a dorit să sublinieze această relație dintre bâlbâială și tulburările respiratorii, prin introducerea termenului

de balbism, dar acest concept nu a avut prea mare rezonanță, pentru că oricum, relația pe care se baza autorul respectiv este evidentă în orice formă de bâlbâială și, ca atare, balbismul a fost asimilat ca echivalent, din punct de vedere semantic, bâlbâielii.

Pornind de la compararea pneumogramelor copiilor bâlbâiți și a celor nebâlbâiți, Fossler (1930) constată că la primii apar tulburări respiratorii în proporție de două până la cinci ori mai mare față de copiii fără bâlbâială, iar Iancu și Pampu (1958) au pus în evidență prezența unor curbe afonice pe parcursul expirației ce se manifestă la bâlbâiți în timpul vorbirii. Interesantă este și constatarea lui Seeman (1962), care a cercetat caracteristicile respirației neverbale la persoanele adulte bâlbâite, unde nu au fost puse în evidență tulburări, deși respirația verbală era afectată. În același context, Boșcaiu și Nicoară (1968) au studiat, prin metodele spirografic și pneumografice, două loturi de subiecți, copii cu bâlbâială și copii fără bâlbâială, cuprinși între vârstele de 9-12 ani, pentru a evidenția unii din parametrii respiratori. Ei au constatat că, sub raportul capacității vitale, între cele două loturi de subiecți nu există diferențe semnificative, deoarece și la copiii bâlbâiți, această caracteristică se află în limite normale, dar apare, la aceștia din urmă, o perturbare a ritmului respirator, mai cu seamă în perioada de adaptare la situația experimentală. Extinzând cercetarea și asupra citirii, autorii respectivi constată, la copiii bâlbâiți, o creștere a mișcărilor expiratorii și o fluctuație mai mare, ceea ce confirmă prezența tulburărilor respiratorii pe durata desfășurării vorbirii la subiecții cu bâlbâială. În paralel, la acești subiecți, au apărut în citit și expirații prelungite, ceea ce au dus la un consum exagerat al aerului expirator, iar ritmul și amplitudinea respirației se remarcă printr-o desfășurare neregulată, existând mari variații ale amplitudinii, când ample și profunde, când superficiale și aritmice.

Subliniem că asemenea caracteristici sunt importante, nu numai sub aspect simptomatologic, ci și sub acela al stabilirii unor condiții diferențiatoare pentru adoptarea unei diagnoze corecte.

2.3.3. Dificultăți la nivelul extralingvistic

Toate aspectele prozodice evidențiate în bâlbâiala clonică nu numai că se mențin în forma tonică și, mai cu seamă, în cea mixtă, clono-tonică și tono-clonică, dar se agravează și devin mult mai variate. Această caracteristică poate fi pusă și pe seama faptului că în bâlbâiala tonică, starea emoțională exacerbată dezorganizează întregul

sistem de coordonare şi sincronizare a mişcărilor aparatului fonoarticulator, în realizarea pronunţiei sunetelor şi cuvintelor. Coordonarea motrică este deosebit de complexă şi perturbarea acesteia afectează nu numai pronunţia, ci şi calităţile de ritmicitate, melodicitate, de intensitate, de adaptare mimico-gestuală la conţinutul vorbirii, de folosire corectă a accentului şi a tonalităţii etc. De altfel, la persoanele nebâlbâite, stările de mare încordare emoţională dezorganizează prozodia caracteristică vorbirii, începând de la accelerarea tempoului exprimării şi a „spargerii" stereotipului ritmic al desfăşurării ritmice a vorbirii, până la cele mai mici detalii melodice, care însoţesc enunţurile verbale.

În bâlbâiala tonică, prin natura simptomatologiei acesteia, legată de frecventele blocaje, spasme, întreruperi, prelungiri, repetiţii etc. ce intervin pe parcursul vorbirii, afectează toate aspectele prozodice, pe direcţia varietăţii lor şi a producerii aleatorii, prin trecerea din una în alta, fără o regulă sau fără a putea fi prevăzute şi evitate de subiectul bâlbâit, cu toate că acesta poate fi conştient de dificultăţile sale generale, dar nu le poate controla. Încercările sale de a adopta unele soluţii pentru a le ocoli, nu pot compensa fixarea obsesivă a atenţiei şi centrarea pe dificultăţile de prozodie şi exprimare, menită să-l scoată din starea tensională în care se află. Astfel, tensiunea emoţională creşte şi simptomatologia caracteristică bâlbâielii tonice se accentuează, ceea ce contribuie la agravarea tulburărilor prozodice şi când mijloacele extralingvistice nu mai au darul de a susţine şi sublinia mesajul verbal. Winegate (1967) sublinia că atunci când subiectul bâlbâit îşi asumă sarcini complexe în formularea verbală sau când are intenţia de a expune o idee mai deosebită şi mai dezvoltată, dificultăţile de sincronizare prozodică persistă pe măsura implicării acestuia în sarcină.

2.3.4. Dificultăţi la nivelul comportamentului şi al personalităţii

Încă de la debutul bâlbâielii, există pericolul agravării acesteia prin conştientizarea propriilor dificultăţi de vorbire pe care subiectul le are şi care sunt provocate de cei din jur, de cele mai multe ori de părinţi, de fraţii mai mari şi apoi de colegii din colectivitate, ce, intenţionat sau neintenţionat, fac observaţii care fixează tulburarea şi provoacă teama logopatului faţă de vorbire şi faţă de eventualele eşecuri ce pot să apară. De aici, dezvoltarea bâlbâielii de la forma clonică la forma tonică sau mixtă, în care componenta logonevrotică ocupă locul principal şi evoluează în paralel cu dificultăţile de stabilizare a comportamentelor şi însuşirilor pozitive de personalitate. Desigur, şi în bâlbâiala clonică, pot apărea unele tulburări de comportament şi personalitate, ca urmare a conştientizării vorbirii deficitare, dar manifestările acesteia nu sunt atât de extinse şi profunde ca în formele grave, de tipul bâlbâielii clonice sau mixte (clono-tonice şi tono-clonice) pentru că persistenţa în timp a situaţiilor ce le-a generat să provoace reacţii obsesive şi frustrante tot mai accentuate. Înaintarea în vârsta cronologică şi mintală nu numai că nu atenuează astfel de manifestări, dimpotrivă, caracteristicile respective sporesc nivelul de concentrare şi al anxietăţii faţă de vorbirea deficitară odată cu apariţia unor reacţii neurovegetative, a creşterii pulsului şi a ritmului cardiac, a senzaţiei de uscare a gurii sau, la alţii, salivaţie exagerată, jenante pentru subiect (Van Riper, 1963).

Dat fiind faptul că nu au fost efectuate cercetări sistematice şi precise cu privire la aceste aspecte, ele fiind mai mult de ordin empiric, unii autori manifestă îndeosebi rezerve referitoare la rolul componentei psihologice în declanşarea unor forme verbale de tip logonevrotic, însoţite de modificări organo-funcţionale care pot avea o semnificaţie caracteristică pentru bâlbâială (Gray şi Williams, 1969) considerând că sunt fenomene firesti, asemănătoare vorbirii subiecţilor nebâlbâiţi şi generate de o creştere emoţională ce se produce în actul de utilizare a vorbirii. Pentru autorii care recunosc corelaţia dintre stările afective şi bâlbâială nu există nici un dubiu cu privire şi la declanşarea unor reacţii neurovegetative ce însoţesc acest proces şi care este exemplificat prin fenomenul de contractare a musculaturii ce generează spasme şi la nivelul aparatului fonoarticulator, dereglând, în felul acesta, desfăşurarea fluentă a vorbirii. Desigur, stările de teamă cresc în funcţie de intensitatea emoţiei şi de modul în care este perceput auditorul de către subiectul bâlbâit, de atitudinea acestuia faţă de el şi chiar de felul cum se raportează la eşecurile şi experienţele neplăcute ulterioare.

Randamentul din activitatea şcolară şi, mai târziu, din activităţile profesionale care solicită o implicare verbală mai intensă sunt adeseori sub nivelul potenţialului intelectual al subiectului, tocmai pentru că acesta nu reuşeşte să se implice în mod constant în activităţile desfăşurate, dar şi a unei neîncrederi nejustificate în forţele proprii. Dacă, în cele mai multe cazuri, apar fenomene de subapreciere, de frustraţie şi anxietate, sunt şi cazuri când bâlbâitul se supraestimează, devenind agresiv verbal şi cu o tendinţă de negare a valorii celorlalţi, fără o racordare corectă la realitatea înconjurătoare.

Şi într-un caz şi în altul, cu timpul, simptomele nevrotice ce dezvoltă treptat, afectând în timp fluenţa vorbirii şi comportamentul subiectului.

În cadrul dificultăţilor ce apar la nivelul comportamentelor generale ale bâlbâiţilor, se disting şi unele particularităţi care se manifestă în **comportamentul grafo-lexic**, marcând cu mai multă precizie evoluţia bâlbâielii şi efectele acesteia asupra personalităţii. Astfel, o serie de autori au subliniat că deşi în citit şi scris, simptomele bâlbâielii sunt mai reduse decât în vorbirea independentă, ele prezintă, totuşi, unele caracteristici similare, dar cu un grad mai limitat.

La nivelul citirii, Hvaţţev (1959) apreciază că dificultăţile bâlbâiţilor nu sunt atât de extinse şi de grave ca în vorbirea independentă, deoarece lipseşte elaborarea mintală, iar semnele de punctuaţie îl ajută pe subiect să-şi orienteze mai uşor tendinţele expresive. S-a observat şi faptul că dificultăţile din citire sporesc pe măsura complexităţii textului de citit, a informaţiilor mai deosebite pe care le conţine, ca şi a lipsei de familiarizare cu acesta, pentru că la prima citire, manifestările sacadate, lipsa de intonaţie, lipsa melodicităţii, a ritmicităţii, a accentului sunt mult mai frecvente decât în cazul unui text parcurs anterior sau a celui care a fost ascultat, preluând modelul respectiv. De cele mai multe ori, apar şi spasme tonice, întreruperi şi fragmentări, crispări şi rigiditate expresivă, cu introducerea unor mişcări gestuale şi mimice exagerate sau neadecvate, ceea ce poate imprima un sens diferit conţinutului citit. Prin repetarea textului de citit, ca şi citirea pe fond de zgomot sau citirea în faţa unui auditoriu, considerat inferior, anxietatea şi teama se reduc, iar performanţele subiectului sunt mai bune.

În ansamblu, dificultăţile bâlbâiţilor în citit se rezumă la următoarele caracteristici ce îi definesc comportamentul lexic:

- înlocuirea unor cuvinte asemănătoare din punct de vedere acustic;
- tendinţa de ghicire a unor cuvinte mai puţin familiare;
- o uşoară mişcare a buzelor, fără verbalizare la începerea rândului de citit;
- omiterea unor cuvinte în stările de agitaţie şi precipitare maximă;
- sărirea unor rânduri, însoţită de o slabă concentrare a atenţiei;
- repetarea unor rânduri citite;

- repetarea unor cuvinte de legătură;
- citirea sacadată şi monotonă;
- prezenţa întreruperilor şi fragmentarea textului, prin nerespectarea punctuaţiei;
- lipsa de sincronizare a respiraţiei cu fonaţia;
- prezenţa spasmelor tonice şi a rigidităţii expresive;
- prezenţa gesticii şi a mimicii neadecvate conţinutului citit;
- centrarea pe forma literei şi a cuvântului, în detrimentul atenţiei acordate semnificaţiei celor citite;
- exacerbarea reacţiilor neurovegetative în raport cu dificultăţile textului de citit.

La nivelul scrisului, dificultăţile pe care le are subiectul bâlbâit pot fi mai grave decât în citit, deşi ele nu sunt atât de variate. Reducerea ca număr a dificultăţilor din scris se poate datora şi faptului că subiectul nu mai are un contact direct cu cei din jur şi astfel, se reduce starea de încordare psihică şi nu mai generează o stare de anxietate care să-l dezorganizeze. La aceasta, se adaugă uşurarea pe care o resimte subiectul în lipsa emiterii verbale şi a reducerii fricii de vorbire.

Totuşi, scrisul, ca oglindă fidelă a personalităţii, exprimă principalele trăsături ce îl reprezintă pe subiectul bâlbâit şi care au preocupat pe unii specialişti. Spre exemplu, Gutzmann (1906) este printre primii care surprinde unele aspecte ce privesc ceea ce el numea „bâlbâiala scrisului", care se manifestă prin iteraţia unor grafeme şi grupuri de silabe. Froeschels (1931) vorbea de prezenţa omisiunilor şi inversiunilor de grafeme, odată cu creşterea presiunilor spasmodice în cazurile grave de bâlbâială. Folosind analiza oscilogramelor, Roman (1960) scoate în evidenţă că presiunile sporite se produc în paralel cu adoptarea de legături exagerat de prelungite între grafeme, iar Beker şi Sovak (1975) precizează că cele mai evidente dificultăţi de scris apar în battarism, termen prin care a fost denumită, iniţial, bâlbâiala, iar actual, acest termen are sens de tumultus sermonis.

Principalele dificultăţi care se produc la nivelul comportamentului grafic al bâlbâiţilor, cuprind următoarele caracteristici:

- lipsa organizării optice a spaţiului de scris, prin nemarcarea precisă a aliniatelor, dialogului şi monologului;
- perseverarea, repetarea unor grafeme şi chiar cuvinte;
- folosirea unor cuvinte cu sens confuz,

- omisiuni şi inversiuni de grafeme;
- iterarea de grafeme şi silabe;
- prelungirea exagerată a liniilor de legătură dintre grafeme;
- adoptarea unei presiuni spasmodice prin intermediul instrumentului de scris;
- prezenţa unui uşor caracter infantil în compuneri;
- lipsesc unele idei în formele grave de bâlbâială;
- compunerile nu marchează ferm introducerea şi încheierea;
- lipsesc unele din semnele de punctuaţie.

Toate aspectele evidenţiate sub formă de sinteză, atât la nivelul comportamentului lexic, cât şi de la nivelul comportamentului grafic, au fost sesizate de noi în cadrul terapiei logopedice desfăşurate cu subiecţii bâlbâiţi şi înregistrate prin observarea caracteristicilor respective şi a altor numeroase cazuri care au fost luate în studiu. De remarcat este faptul că la un singur subiect nu se întâlnesc sub formă de mănunchi toate aspectele sau caracteristicile prezentate ci doar unele din acestea, din care, de cele mai multe ori, una sau două trăsături comportamentale sunt predominante, iar altele apar sporadic sau se manifestă sub o formă mai puţin accentuată. Gravitatea şi conştientizarea dificultăţilor de vorbire influenţează, nemijlocit, gradul de extindere şi tipul de manifestare a fenomenologiei prezentate. Nu în ultimul rând, tipologia personalităţii individului, climatul de viaţă şi confortul afectiv în care suportul de înţelegere şi toleranţă faţă de subiect, motivaţia pentru activitate şi nivelul expectaţiilor personale pecetluiesc tendinţele de evitare/dezorganizare şi compensare a unor situaţii pe care le poate traversa subiectul cu bâlbâială.

În fine, trebuie să subliniem că între dificultăţile ce apar la nivelul comportamentului general şi a celui lexico-grafic există o relaţie nemijlocită, în sensul că ele se condiţionează reciproc, iar gradul de afectare al unuia din ele influenţează, mai mult sau mai puţin, calitatea şi cantitatea perturbării celuilalt. Dezorganizarea comportamentului general uman determină dificultăţi nu numai la nivelul personalităţii ci, într-o anumită măsură, este bulversată întreaga activitate psihică, fără o afectare directă a potenţialului intelectiv al subiectului.

3. *Sinteză generală asupra simptomatologiei bâlbâielii*

Dacă în cele prezentate până acum a rezultat o serie de informaţii cu privire la simptomatologia bâlbâielii şi logonevrozei, analizată pe formele caracteristice, credem că sunt utile de reţinut şi o serie de aspecte generale care se regăsesc, în proporţii diferite, în toate situaţiile şi la toţi subiecţii care prezintă astfel de dificultăţi de vorbire, mai cu seamă când acestea cunosc o dezvoltare ce se concretizează în agravarea tulburării respective şi în creşterea impactului ce îl are deasupra personalităţii.

Simptomatologia generală a bâlbâielii şi a logonevrozei poate fi analizată pe câteva compartimente ale activităţii în care aceasta se manifestă mai evident şi în raport de care se poate realiza o diagnoză logopedică diferenţială, atât de utilă, nu numai pentru cunoaşterea şi evaluarea subiectului logopat, ci şi pentru adoptarea unei metodologii coerente de prevenţie şi de terapie logopedică în tulburările de ritm şi fluenţă a vorbirii. Aceste compartimente pe care le avem în vedere pentru analiza noastră sunt:

- compartimentul activităţii lingvistice şi de limbaj;
- compartimentul comportamental şi al personalităţii;
- compartimentul cognitiv şi al atitudinii faţă de învăţare.

La nivelul compartimentului activităţii lingvistice şi de limbaj remarcăm, în primul rând, prezenţa unor repetiţii de sunete şi silabe, iar în cazurile grave, chiar a cuvintelor, frecvent a cuvintelor de legătură şi a interjecţiilor, care desincronizează fluenţa vorbirii. Desincronizarea se produce şi la nivelul unor mişcări ale aparatului fonoarticulator şi chiar a întregului corp, în timpul desfăşurării vorbirii. Astfel, apar grimase şi ticuri jenante care, pe măsură ce sunt conştientizate, subiectul se concentrează asupra lor exagerat, tocmai în detrimentul urmăririi ideii şi a felului în care acestea sunt enunţate, prin respectarea corectitudinii şi a coerenţei formulării verbale. Subiectul se întrerupe pentru a-şi găsi cuvintele accesibile şi pentru a evita eşecurile la care a avut o experienţă negativă, ca ulterior să adopte o vorbire explozivă şi sacadată. La acestea se adaugă prelungirea unor sunete şi prezenţa unor confuzii semantice care dau impresia de sărăcie a vocabularului, iar uneori a incapacităţii de frazare şi de înţelegere a limbajului. De aici, o exprimare telegrafică, nedezvoltată şi neexplicită a ideii, redusă prin prezenţa unor sunete şi

cuvinte de tip parazit, iar în alte cazuri, o repetare de propoziţii şi sintagme care introduc o redundanţă inutilă pentru conţinutul celor exprimate. Din acestea nu lipsesc frecventele blocaje în exprimare şi spasmele respiratorii, care împiedică declanşarea vorbirii şi cursivitatea acesteia.

Toate aceste aspecte sunt legate de gravitatea tulburării, de modul cum aceasta este percepută de subiect, de vârsta mintală şi cronologică, de contextul şi anturajul în care se desfăşoară comunicarea, de nivelul expectaţiilor pe care individul le are în raport cu propria personalitate.

La nivelul compartimentului comportamental şi al personalităţii sunt cele mai multe aspecte ce au un impact dramatic, care îşi pun pecetea asupra modului de a fi şi de a acţiona a subiectului cu bâlbâială. Trăirile frustrante şi anxioase pot deveni atât de intense, încât să determine o bulversare generală a structurilor comportamentale şi de personalitate. În acest context, teama faţă de vorbire şi de eşec pot imprima subiectului un negativism şi refuzul de a vorbi, care, uneori, se transformă în mutism psihogen. Alteori, comunicarea verbală se limitează la un volum limitat de cuvinte şi fraze laconice care creează impresia unor capacităţi intelectuale reduse.

Teama de a vorbi se corelează cu apariţia unor modificări de tip neurovegetativ, tulburări respiratorii şi de fonaţie, un slab control al echilibrului mişcărilor generale şi la nivelul aparatului articulator etc. care accentuează dificultăţile verbale şi chiar de formulări logico-gramaticale. Principalele modificări comportamentale şi de personalitate se produc, în principal, odată cu conştientizarea bâlbâielii şi perceperea efectelor acesteia în planul personalităţii (E., Verza, 1972). Atunci când se instalează logonevroza, constituie un indiciu că tulburarea de ritm şi fluenţă a vorbirii a devenit conştientă şi, ca atare, ea se agravează şi are un impact devastator la nivelul comportamentului şi personalităţii, astfel încât, de la nivelul repetiţiilor de sunete, silabe şi cuvinte, caracteristice bâlbâielii, se ajunge în logonevroză, la modificarea atitudinii faţă de vorbire şi faţă de realitatea înconjurătoare, odată cu prezenţa spasmelor, grimaselor a încordării şi a anxietăţii, dominate de teama de vorbire (E. Verza, 1998). Pe bună dreptate, Van Riper (1963) subliniază că simptomele nevrotice depind, pe lângă condiţiile externe, de rezistenţa psihosomatică a subiecţilor care pot spori sau pot atenua impactul acestora în plan interior. Aşa cum subliniază, Georgeta Burlea (2003)

simptomatologia dominată de fenomenele nevrotice se caracterizează printr-o vorbire diluată, neclară, parafrazată, în care sunt afectate atât elementele motrice, cât şi cele psihice.

Din punct de vedere psihic, logonevroticul manifestă o stare de nelinişte şi de agitaţie ce se amplifică în situaţia de comunicare verbală, iar mijloacele prozodice, deşi produse în exces, la majoritatea logopaţilor, ele nu numai că nu susţin vorbirea, dimpotrivă, deturnează sau schimbă sensul ideii pe care doreşte să o imprime vorbitorul. În paralel, aceşti subiecţi fie că se supraestimează şi resping colaborarea şi sprijinul celor din jur, fie că se subestimează şi nu au încredere în forţele proprii, simţind nevoia unei tutele şi protejare din partea altora.

La nivelul comportamentului cognitiv şi al atitudinii faţă de învăţare se produc o serie de dificultăţi rezultate nu din potenţialul intelectiv scăzut, căci aşa cum subliniază Barbara (1960) majoritatea bâlbâiţilor sunt inteligenţi, însă potenţialul manifestat nu este pe măsura capacităţilor ce le au. Acest comportament este determinat de o stare subiectivă, şi anume de teama faţă de vorbire şi eşec, de anxietate şi stres care constituie o adevărată dramă, în raport cu activităţile intelectuale în care este implicată vorbirea. Şi mobilizarea pentru activităţile cognitive este scăzută deoarece subiectul le concepe ca un efect negativ în realizarea imaginii de sine şi a atitudinii ce o manifestă cei din jur. Astfel, mulţi bâlbâiţi se orientează spre domenii în care vorbirea este mai puţin solicitată, cum este cazul ştiinţelor exacte (matematică, fizică, chimie etc.,) iar performanţele lor sunt mai apropiate de expectaţiile ce le au în raport cu propria persoană. Toate aceste fenomene devin deosebit de evidente în momentul în care subiectul începe să conştientizeze dificultăţile sale, care evoluează şi marchează traseul când „bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, iar logonevroza presupune, pe lângă acestea, modificarea atitudinii faţă de vorbire şi de mediul înconjurător, în general, prezenţa spasmelor, a grimaselor, a încordării şi a anxietăţii, determinate de teama de a nu greşi în timpul vorbirii" (E.Verza, 1998). Dacă noi am centrat aceste caracteristici în contextul apariţiei şi evoluţiei bâlbâielii spre logonevroză, aşa cum afirmă Georgeta Burlea (2003, p. 74) „în literatura de specialitate din străinătate, atât cea francofonă, cât şi cea anglofonă, nu există noţiunea de logonevroză, particularităţile comportamentale făcând parte din tabloul clinic specific bâlbâielii".

Din dorinţa de a imprima un curs fluent formulărilor verbale şi de a pronunţa cât mai corect, subiectul tinde să se concentreze

exagerat asupra acestor aspecte, pierzând din vedere urmărirea conținutului semantic și imprimarea exactă a sensului pe care dorește să-l expună, fapt care creează o impresie nefavorabilă asupra auditorului, cu privire la capacitățile sale intelective. Mai mult, prezența unor mișcări involuntare și a unor reacții neurovegetative, precum cele ce aparțin sincineziilor, stângăciei mișcărilor, spasmelor tonice, creșterea pulsului, extinderea stărilor de agitație și a celor nevrotice etc., lasă impresia că subiectul nu stăpânește suficient conținutul comunicării și nu posedă capacitatea de a exprima cu claritate cunoștințele ce le are. Drept urmare, stările sale intelectuale nu pot fi pe deplin valorificate, iar cu timpul, eșecurile sale repetate nu îl mai motivează suficient pentru achiziția de informații sau pentru activitățile de învățare. Când drama ce o trăiește se amplifică și când eșecurile ce le are sunt în progres, subiectul devine negativist, se dezorganizează în plan psihic și comportamental, scade activismul în realizarea sarcinilor și pentru a compensa dificultățile întâmpinate, se poate ajunge la instalarea mutismului psihogen, ca o modalitate de apărare în fața unor atitudini trăite de el ca manifestări negative ale anturajului.

Activitățile instrumentale pun în evidență, cu multă precizie, relația dintre componenta intelectuală și capacitatea de manifestare sau de expresie a subiectului. Spre exemplu, scrisul, ca activitate deosebit de complexă, marchează limitele psihice și cele de expresie a potențialului subiectului în condițiile în care tulburarea de vorbire produce un dezechilibru la nivelul relației dintre capacitățile intelective, cele de exprimare și cele de achiziție a informațiilor.

Capitolul V

DIAGNOZA ȘI TERAPIA BÂLBÂIELII

În acest capitol sunt abordate două aspecte fundamentale, privitoare la diagnoză și terapie, atât pentru specialistul în logopedie, cât și pentru subiectul aflat într-o astfel de dificultate de comunicare și relaționare cu cei din jur. Specialistul dorește să se afirme și să-și creeze o imagine profesională la cotele cele mai înalte, iar persoana logopată este interesată de cunoașterea tuturor aspectelor și implicațiilor pe care bâlbâiala le are asupra sa, ca și de eficiența unei metodologii terapeutice care să-i dea o stare de bine și de confort în activitatea de comunicare.

Cele două aspecte se află într-o relație de dependență, ceea ce justifică tratarea lor unitară într-un capitol. Diagnoza bâlbâielii, a nivelului și a severității acesteia, a diferențierii ei de tulburările asemănătoare, din punct de vedere simptomatologic și etiologic, dar și de alte tulburări de limbaj care, în esență, duc la afectarea comunicării pe unele secvențe similare, a impactului bâlbâielii asupra stărilor emoțional-afective și a personalității subiectului etc. permite adoptarea unei metodologii corectiv-recuperatorie adecvată și eficientă, prin încadrarea logopatului într-un program terapeutic care să-i asigure o reușită maximă. Nu poate fi neglijată nici ideea potrivit căreia trebuie avută în vedere că pe durata modificărilor ce survin în activitatea comunicațională și psihică a subiectului, ca urmare a efectelor terapiei logopedice, diagnoza bâlbâielii se ajustează, pentru a reflecta noile stări și condiții în care se află persoana respectivă. De aici, introducerea subiectului în noi etape terapeutice care să-i asigure un progres continuu și care să evite metodologiile rigide și neadaptate la noile situații în care se află subiectul.

1. *Diagnoza bâlbâielii*

Pe cât este de dificilă şi de complexă terapia bâlbâielii, pe atât este de simplă şi se realizează relativ uşor diagnoza acestei tulburări. Dat fiind faptul că simptomele bâlbâielii sunt deosebit de evidente şi se manifestă cu oarecare constanţă în condiţiile tipice, uşor de cunoscut, acestea facilitează ***diagnoza simptomatologică a bâlbâielii*** care stă, în principal, la baza adaptării metodologiei terapeutice, menită să atenueze şi să înlăture obişnuinţele negative din vorbirea şi din comportamentul logopatului. Aceasta nu înseamnă că este mai puţin importantă ***diagnoza etiologică a bâlbâielii***, dar cum în producerea bâlbâielii sunt implicaţi, de cele mai multe ori, o serie de factori nocivi diferiţi şi care pot acţiona în perioade de timp diferite, decelarea lor cu precizie comportă un anumit grad de dificultate şi chiar un anumit risc pentru corectitudinea diagnozei. Totuşi, un asemenea demers nu trebuie evitat de către specialist, pentru că o terapie complexă se poate adopta numai în relaţie cu ***o diagnoză multidimensională a bâlbâielii***, care vizează atât nivelul de afectare a limbajului, cât şi condiţiile etiologice care au dus la declanşarea tulburării, dar şi starea prezentă a subiectului, prin evidenţierea efectului acesteia în plan psihic şi relaţional-comportamental. Desigur, din aceasta se va ajunge la o evaluare probabilistică a modului cum va reacţiona subiectul la terapia aplicată şi a şanselor pe care le are în restabilirea vorbirii normale şi a înlăturării comportamentelor aberante, provocate de bâlbâială, astfel încât ***prognoza de scurtă şi de lungă durată*** să reflecte cât mai real cursul viitor în care acesta se va plasa.

Prin urmare, în diagnoza bâlbâielii se vor lua în considerare toate elementele care pot fi indicatori, direct sau indirect, ai distorsiunii verbale şi nu numai a manifestărilor propriu-zise ale acesteia. De fapt, sunt evaluate toate manifestările verbale şi cele organo-funcţionale care participă la realizarea actului de vorbire sau care suferă abateri de la desfăşurarea lor obişnuită şi normală prin dereglările vorbirii. Astfel, dereglările din ritmul şi volumul respirator, apariţia unor reacţii neurovegetative exagerate, încordările şi rigidităţile intense de la nivelul muscular, grimasele şi ticurile faciale, mimica şi gestica rigidă sau, dimpotrivă, exagerată, inhibiţia sau precipitarea în timpul şi mai cu seamă, la începerea vorbirii, opririle sau întreruperile frecvente ş.a. se constituie ca factori premergători ai declanşării unei bâlbâieli, sau indicii ai accentuării acesteia.

Rămân, totuşi, cele mai importante, simptomele caracteristice ale bâlbâielii din planul verbal, care, de altfel, sunt şi cele mai evidente şi edificatoare pentru o diagnoză corectă şi diferenţială, atât în raport cu alte tulburări de ritm şi fluenţă, cât şi cu tulburările generale ale limbajului, ce prezintă un grad mai înalt de gravitate. La o primă evaluare, relativ sumară, pentru diagnoza bâlbâielii se vor urmări caracteristicile:

- prezenţa sau absenţa ritmicităţii în desfăşurarea vorbirii;
- frecvenţa întreruperilor şi a pauzelor exagerate în vorbire;
- repetiţii de sunete şi de silabe la începutul sau în interiorul cuvintelor;
- nivelul repetiţiilor de cuvinte şi de propoziţii;
- frecvenţa şi nivelul disfuncţiilor verbale;
- prezenţa monotoniei sau, dimpotrivă, a precipitării vorbirii;
- diminuarea sau lipsa coerenţei logico-verbale;
- omiterea frecventă a unor cuvinte şi propoziţii din discursul verbal;
- adaosul de sunete şi de cuvinte parazite;
- nivelul de producere constantă a acestor manifestări.

Pentru diagnoza bâlbâielii, la aceste manifestări se adaugă şi trăirile din planul psihic şi reacţiile comportamentale, care determină o dimensiune specifică a personalităţii şi adaptării subiectului la modul de percepere şi de relaţionare cu cei din jur. În acest context, se are în vedere măsura în care subiectul poate evalua, în mod real, atitudinea persoanelor din anturajul său şi se poate adapta la diferitele modificări percepute. Aici, devin semnificative evaluarea următoarelor aspecte:

- nivelul de conştientizare/neconştientizare a dizabilităţilor sale verbale;
- felul cum sunt percepute şi trăite în plan psihic dizabilităţile verbale;
- atitudinea faţă de sine şi faţă de alţii, din care rezultă un model de raportare comunicaţională;
- tipuri de modele comunicaţionale adoptate;
- măsura în care comportamentele generale şi relaţionale sunt lejere, rigide, expansive, inhibate etc. faţă de anturaj şi faţă de condiţiile obişnuite sau faţă de ivirea unor noi situaţii;
- tendinţa de structurare a unei personalităţi spre introversie/extroversie, raportată la eşecurile/reuşitele conduitei verbale;

- evaluarea motivației și a interesului față de intervenția logopedică.

În fine, nu trebuie neglijați nici factorii etiologici – prezumtivi pentru declanșarea bâlbâielii sau care au contribuit la crearea unui teren fragil ce au dus la facilitarea instalării acesteia. Acești factori au fost prezentați pe larg, în capitolul legat de etiologia tulburărilor de ritm și fluență a vorbirii, ceea ce ne face să atragem atenția, acum, doar asupra interesului pe care trebuie să-l acordăm existenței unei ereditați organo-funcționale, care ar fi putut împiedica constituirea limbajului, nașterilor grele, dificile ce nu au dus la o evoluție normală a subiectului, condițiilor deficitare de viață și de educație din perioada copilăriei mici, prezenței unui model verbal deficitar sau a unui mediu nestimulativ, în perioadele de constituire a limbajului copilului ș.a.

O parte dintre aceste informații, și mai ales, a acestora din urmă, se pot obține de la părinții subiectului, de la rudele subiectului. Sigur, trebuie să fim rezervați în raport cu aceste informații, deoarece pot apărea două situații principale: fie că părinții se consideră vinovați și au tendința să ascundă unele fapte, fie că unele nu sunt cunoscute sau altora nu le acordă importanță și trec cu ușurință peste ele. Important este să convingem pe toți aceștia că orice informație este utilă și cunoașterea lor este în interesul subiectului. Pe aceeași direcție, aparținătorii subiectului ne pot furniza date interesante cu privire la comportamentele verbale și la cele generale, în diferitele situații de familie sau de anturaj, cu privire la starea generală și la reacțiile subiectului în mediul apropiat, la tendințele acestuia de a se adapta anumitor activități. Așadar, este foarte important să obținem colaborarea familiei logopatului, nu numai pentru strângerea de informații utile diagnozei, dar și pentru crearea unui climat afectiv și de înțelegere, care să contribuie la confortul psihic al subiectului, pe toată durata terapiei logopedice.

Alte informații de acest gen se vor obține și de la învățătorii sau profesorii copilului, cărora trebuie să li se facă un instructaj special, cu privire la atitudinile adoptate, la comportamentele și la modalitățile de stimulare a subiectului pentru activitatea școlară. Foarte important este ca individul logopat să se simtă lejer în colectivitatea din care face parte și să perceapă înțelegerea din partea membrilor acesteia, dar fără compătimire și fără să se evite antrenarea sa în unele activități. Să nu neglijăm faptul că sunt mulți bâlbâiți care manifestă preferințe pentru unele activități sau discipline din domeniul științelor exacte, iar rezultatele obținute sunt pe măsura expectanțelor ce le au. Or, tocmai aceste motivații trebuie stimulate și încurajate.

Din punctul de vedere al specialistului, am analizat într-un capitol distinct metodologia cunoașterii tulburărilor de limbaj, aspecte general valabile pentru toate categoriile disfuncționalităților în comunicare, inclusiv a celor caracteristice și bâlbâielii. Drept urmare, ne vom limita la unele precizări suplimentare, care să faciliteze adoptarea diagnosticului diferențial al bâlbâielii, cu un grad cât mai înalt de precizie și rigoare științifică.

1.1. Semnificatia anamnezei

Anamneza constituie primul demers cu care trebuie începută activitatea de cunoaștere și de evaluare, atât din punctul de vedere al caracteristicilor limbajului și al etiologiei distorsiunilor comunicaționale, cât și a impactului pe care acestea le au asupra structurilor de personalitate și a celor relațional-comportamentale ale subiectului. Cu toate că există riscul de a obține informații mai puțin precise despre familia logopatului, este necesar să le acordăm atenție și să insistăm asupra acelora pentru care părinții nu-și fac în mod direct o culpă față de starea în care se află subiectul. Pentru situațiile ce pot contribui la sensibilizarea excesivă a părinților, abordarea trebuie făcută indirect și trebuie să evităm eventualele întrebări ce ar putea să-i deranjeze. De altfel, dacă îi vom face să înțeleagă că orice informație este în folosul subiectului și că pentru starea acestuia ei nu pot fi învinovățiți, se creează tendința de a aduce în discuție subiecte considerate de ei ca fiind inabordabile.

În cadrul anamnezei sunt câteva aspecte absolut necesare pentru completarea datelor ce servesc diagnozei și, ca atare, nu pot fi ocolite. Dintre acestea, enumerăm pe următoarele:

- modul cum a evoluat sarcina, cu insistență asupra eventualelor dificultăți ce ar fi putut afecta fătul;
- dacă în perioada de sarcină, gravida a suferit traume fizice și psihice mai deosebite, care ar fi putut afecta fătul;
- dacă pe parcursul sarcinii, gravida a consumat unele alimente sau substanțe dăunătoare (droguri, băuturi alcoolice, medicamente în exces etc.);
- compatibilitatea/incompatibilitatea factorului Rh;
- felul cum s-a produs nașterea: normală, cu dificultate, cu accidente etc.;

- dacă după naştere, s-au ivit în viaţa copilului traume fizice şi psihice, boli şi accidente mai deosebite;
- contextul în care au evoluat vorbirea şi motricitatea în dezvoltarea ontogenetică a copilului;
- prezenţa/absenţa unor modele corecte de vorbire pe care le-ar fi putut imita copilul în perioadele timpurii de achiziţie a limbajului;
- măsura în care existenţa unui factor genetic ar fi putut crea un context ereditar pentru bâlbâială sau pentru alte tulburări ale limbajului ş.a.

Dintre toate aceste aspecte, rolul factorului genetic, în producerea bâlbâielii, este cel mai dificil de pus în evidenţă, deşi el prezintă o importanţă deosebită pentru evaluarea tulburării, pentru înţelegerea particularităţilor psihocomportamentale ale subiectului şi pentru stabilirea cadrului metodologic educaţional-recuperativ. Deşi s-a manifestat un mare interes faţă de acest factor de către mai mulţi specialişti, informaţiile acumulate nu sunt pe măsura efortului depus, cu atât mai mult cu cât unele dintre acestea, enunţate ipotetic, fără a fi demonstrate prin metode riguros ştiinţifice. Autori ca Bloodstein (1981), Howie (1981) şi Van Riper (1983) sunt de părere că bâlbâiala, ca şi retardurile verbale sau chiar dificultăţile de articulaţie pot fi efecte ale influenţelor negative ereditare, care îl împiedică pe subiect să asimileze condiţiile de mediu menite să stimuleze dezvoltarea normală a limbajului. Alţi autori fac referiri la obţinerea unor date rezultate din constituirea arborelui genealogic al individului, dar se ştie cât este de dificil de colectat informaţii precise cu privire la caracteristicile psihice ale descendenţilor subiectului.

Informaţiile obţinute prin intermediul anamnezei pot fi completate cu o serie de date rezultate din intervievarea dascălilor, a colegilor de activitate a celor cu care subiectul logopat are un contact nemijlocit şi frecvent. Interviul structurat este destinat urmăririi, pas cu pas, a reacţiilor bâlbâitului în diferitele situaţii comunicaţionale şi de interrelaţionare, a reacţiilor subiectului la atitudinile celor din jur şi felul cum acestea sunt interpretate. În acelaşi timp, vor rezulta atitudinea şi motivaţia pentru activitate, modul în care reuşeşte să-şi rezolve sarcinile ce i se cuvin din activităţile desfăşurate şi din responsabilităţile pe care şi le asumă. Astfel, vom avea la dispoziţie indicatori majori cu privire la personalitate şi la eventualele modificări ce survin în structurile acesteia.

În funcţie de vârsta cronologică şi mentală, şi subiectul logopat poate fi intervievat. Pe măsură ce îi vom câştiga încrederea, el ne va furniza unele date interesante cu privire la trăirile şi tensiunile pe care le traversează, ca urmare a dificultăţilor sale de comunicare, la modul în care se raportează la sine şi la cei din jur, la situaţiile şi la împrejurările pe care le apreciază ca fiind de risc maxim pentru manifestarea simptomatologiei bâlbâielii sale, la tipurile de tulburări pe care le are, la momentele de declanşare a bâlbâielii şi a factorilor stresanţi, traumatizanţi, consideraţi ca determinanţi în declanşarea şi menţinerea dificultăţilor sale verbale, dar nu în ultimul rând, la modul în care evaluează tulburarea de limbaj ca fiind pasageră, şi cu încrederea depăşirii ei sau, dimpotrivă, consideră că se află într-o situaţie disperată, faţă de care nu va găsi soluţii de remediere. Astfel de informaţii ne vor fi utile nu numai pentru diagnoză, ci şi pentru adaptarea şi adoptarea formelor de terapie logopedică la specificul particularităţilor psihice şi de limbaj ale subiectului.

1.2. Semnificaţia observaţiei

Observaţia desfăşurată de specialist este o altă metodă deosebit de importantă pentru diagnoza bâlbâielii. Observarea subiectului în diverse activităţi variate (libere şi organizate, ludice şi obligatorii pentru statutul şi rolul pe care îl îndeplineşte, în contactul preferenţial sau impus de situaţiile de viaţă) ne permite să surprindem unele manifestări ascunse sau care nu sunt dorite să se afle. În acest context, vom urmări nu numai modul în care subiectul reuşeşte să comunice dificultăţile pe care le are, din perspectiva ritmicităţii şi fluenţei verbale, dar şi existenţa altor tulburări de limbaj care se corelează, mai mult sau mai puţin, cu bâlbâiala, cât şi efectele acestor dificultăţi în plan psihic şi comportamental, ce pot afecta timpii de adaptare ai subiectului la mediul înconjurător. Nici atitudinea părinţilor şi a celor din mediul familial apropiat nu trebuie să-i scape logopedului. Tendinţele superprotectoare ori excesiv de indiferente, de tensiune, nelinişte, agitaţie sau de dezinteres, relaxare din partea părinţilor şi a rudelor apropiate sunt tot atât de dăunătoare ca orice alt factor stresant sau implicat în determinarea bâlbâielii. Ca atare, acţiunea logopedului trebuie să se extindă de la subiectul logopat şi asupra acestora, ca prin consilierea familială să se înlăture toate situaţiile care nu asigură un mediu de confort emoţional-afectiv şi

stimulativ pentru o dezvoltare deplină în toate compartimentele vieții psihice.

Pentru a imprima rigoare științifică acestui demers și pentru a putea confrunta informațiile obținute cu cele rezultate din alte metode de analiză și cunoaștere a subiectului, vom recurge la o fișă de observație, în care se va nota cu exactitate tot ceea ce ni se pare semnificativ pentru evoluția, pentru aspectele de expresie și impresie ale limbajului, în paralel cu relația ce se stabilește între acesta și structurile psihocomportamentale care imprimă un anumit grad de adaptabilitate la mediul înconjurător.

1.3. Semnificația testelor, a probelor

Testele, probele pun în evidență indicatori și informații cu rigoare și precizie științifică sporită, iar aplicarea acestora nu trebuie limitată numai la începutul evaluării subiectului, numai pentru diagnoza tulburării sale, ci extinsă și la evaluarea progreselor pe care acesta le înregistrează pe parcursul activităților de terapie logopedică, odată cu aprecierea șanselor pe care le are, într-o perspectivă apropiată și îndepărtată în corectarea sau ameliorarea dificultăților de comunicare, astfel încât prognoza de scurtă durată și de lungă durată să capete un caracter probabilistic redus și să permită elaborarea de proiecte recuperative eficiente.

Deși testele pentru evaluarea limbajului, în general, și a tulburărilor acestuia, în special, nu sunt numeroase, comparativ cu cele care sunt destinate altor funcții psihice, unele dintre acestea sunt semnificative pentru segmentele de limbaj vizate. Dintre acestea, ne referim la câteva dintre cele mai cunoscute și folosite de către specialiștii din logopedie.

- Scala IOWA – Scale of Severity of Stuttering (Sherman, 1952), prin care se urmărește evaluarea bâlbâielii din perspectiva gradului de afectare a vorbirii. După scala IOWA, se consemnează abaterile de la vorbirea normală, prin acordarea unui punctaj de la 0 la 7; la 0 puncte, bâlbâiala este absentă, iar la 7 puncte, gradul de severitate al bâlbâielii este maxim, astfel încât între cele două extreme, se interpun niveluri graduale ale intensității bâlbâielii ce se accentuează, progresiv, prin apropierea de cifra 7. Sunt prevăzuți să se ia drept bază a evaluării bâlbâielii și acordării punctajului, trei parametri, și anume:
  1. frecvența și durata desfășurării simptomelor specifice disfluențelor;
  2. nivelul rigidității și a încordării musculare;
  3. apariția și desfășurarea intensă sau mai puțin intensă a mișcărilor la nivelul facial sau a altor segmente ale corpului, mai cu seamă în timpul actului de vorbire, dar și în manifestarea unor comportamente globale sau grosiere.

- Testul Stuttering Severity instrument (Riley, 1972) facilitează măsurarea celor trei caracteristici menționate mai sus, la Scala IOWA, la care se adaugă o nouă dimensiune, considerată definitorie pentru cunoașterea și departajarea bâlbâielii de alte tulburări ale limbajului. Această dimensiune se referă la frecvența și la extinderea gesturilor pe care le utilizează subiectul bâlbâit în timpul actului comunicațional și chiar la cele manifestate în alte acțiuni. În acest sens, li se acordă o atenție deosebită sincineziilor care se produc la nivelul diferitelor segmente ale corpului, în raport de localizarea lor anatomică. Cotarea sincineziilor pe categorii de segmente ale corpului se face de la 0 puncte, când acestea sunt absente, până la 5 puncte, când ele sunt frecvente și foarte accentuate sau deranjante, între care se interpun manifestări mai atenuate, cotate cu 1,2,3,4 puncte, astfel încât, pe ansamblul prezenței acestora, se obține o evaluare globală.

- Chestionarele pot fi utilizate pentru subiecții logopați a căror vârstă mentală le permite înțelegerea semnificațiilor întrebărilor formulate și capacitatea elaborării unor răspunsuri ce trebuie să reflecte un anumit nivel al condițiilor în care aceștia se află prin prezența dificultății de vorbire. Prin intermediul chestionarelor, urmărim mai puțin aspectele legate de disfluențele verbale și tipurile de erori, ci mai cu seamă, modul cum subiectul se raportează la dificultățile sale și în ce măsură este marcat de acestea în plan intern. Întrebările din chestionar trebuie formulate astfel încât să se obțină răspunsuri la problemele care îl frământă pe subiect și care îi pot agrava dificultățile de comunicare. Pe baza acestor informații, programul terapeutic va cuprinde și componente prin care se va urmări schimbarea atitudinilor negative față de vorbire și acceptarea propriei dificultăți, concepută ca temporară și dezvoltarea încrederii într-o

perspectivă pozitivă, de îmbunătățire a capacităților sale de comunicare.

- Povestirile libere sau cu temă sugerată pun în evidență, cu mare acuratețe, o serie de aspecte legate de tipurile de erori verbale, extinderea și varietatea acestora, gravitatea și nivelul de afectare a limbajului expresiv și impresiv. Pe durata desfășurării povestirii, se pot surprinde și caracteristicile extraverbale, cum ar fi: gestica, mimica, intonația, ritmicitatea etc. Când subiectul se află la vârstă mică, (până la intrarea în școală) sau când are dificultăți de elaborare a unei narații, se poate recurge la povestirea după imagini, mai ales a celor în suită, care sugerează continuitatea și coerența formulărilor.

- Citirea (cu voce) a unui text constituie o altă modalitate prin care se pot obține informații cu privire la unele dintre caracteristicile verbale. Dat fiind faptul că citirea se realizează cu mai multă ușurință decât povestirea și că elementele pe care le surprindem nu au atâta precizie, vom recurge la acest mijloc, mai frecvent, în cazul subiecților inhibați, negativiști, a celor care, dintr-un motiv sau altul, manifestă reticență sporită în a dezvălui dificultățile verbale trăite dramatic și intens.

Desigur că pentru o evaluare complexă a persoanei logopate, pot fi folosite multe mijloace, cum ar fi și testele proiective sau testele de inteligență, dar un demers atât de cuprinzător ar lua prea mult timp și nu se impune, cu necesitate, pentru o diagnoză a bâlbâielii. ***Mai important este să avem în vedere că pentru diagnoza bâlbâielii, indiferent de numărul sau tipul de probă utilizat, se impune dezvăluirea componentelor comunicaționale, cognitive, emoțional-afective și comportamental-relaționale, iar pe măsură ce acestea sunt cunoscute, ajungem și la diferențierea bâlbâielii de logonevroză și de alte tulburări de ritm și fluență ale vorbirii.***

2. *Terapia bâlbâielii*

Terapia bâlbâielii are un caracter de universalitate mai mare decât majoritatea tipurilor de terapii specifice altor tulburări ale limbajului, pentru că acesta, prin metodele și procedeele utilizate, nu necesită o adaptare și o raportare nemijlocită la specificul sau la

particularitățile de limbă vorbită a subiectului logopat. Cum vom vedea, sunt aici alte elemente cu o semnificație sporită, ce determină o formă sau alta de terapie adaptată individului. Probabil că acesta este unul dintre motivele pentru care interesul specialiștilor față de terapia bâlbâielii a fost și este atât de mare, astfel încât au fost elaborate metode și procedee variate, în care perspectiva psihologică și psihopedagogică este deosebit de accentuată. Perspectiva medicală abordată de unii autori nu a convins asupra eficienței ei decât ca o acțiune de fortificare a organismului și de ameliorare a unor disfuncționalități de natură fiziologică, mai ales de la nivelul sistemului nervos central.

Cu toate aceste demersuri insistente, bâlbâiala rămâne una dintre tulburările de vorbire foarte rezistentă la corectare, iar dificultățile de intervenție terapeutică cresc pe măsura frecventelor recidive și a trăirilor dramatice pe plan psihic de către majoritatea subiecților logopați. În acest sens, Nadoleczny și-a exprimat ideea, mai puțin optimistă, potrivit căreia din totalul bâlbâiților numai o treime se corectează, o treime chiar se agravează, iar o treime rămân la același nivel sau cunosc ameliorări puțin semnificative. O părere apropiată de cea a lui Nadoleczny este formulată și de Zuckrigl (1966), care se bazează pe concluziile Congresului de logopedie de la Viena, desfășurat în anul 1965. Dar se apreciază, în consens cu majoritatea terapeuților logopezi, că activitatea terapeutică începută de timpuriu, de la vârsta preșcolară, când apar deseori forme sau simptome ale unei bâlbâieli, asigură un grad mai ridicat eficienței terapiei și se înregistrează ameliorări, în plan corectiv, chiar din primele ședințe terapeutice. Se justifică o astfel de idee cu atât mai mult cu cât avem în vedere că reușitele corective sunt mai mari și într-un timp mai scurt, când se acționează imediat după debutul tulburării, sau în cazul vârstelor mai mici, deoarece evităm tendința de formare și de consolidare a deprinderii negative de vorbire, dar și instalarea de complicații psihice ce duc spre logonevroză. În fine, la acestea mai adăugăm că în copilărie, mobilitatea și adaptabilitatea sistemului nervos central, la noile condiții create, se realizează cu mai multă ușurință.

2.1. Direcții terapeutice

În decursul timpului, pe baza concepțiilor interpretative ale bâlbâielii și a factorilor determinanți ori a impactului acesteia în

planul comunicării şi al personalităţii, specialiştii s-au înscris pe una din cele trei direcţii terapeutice, pe care le vom menţiona mai jos:

a) terapia cauzală, în care accentul principal şi iniţial este pus pe înlăturarea factorilor nocivi ce au declanşat bâlbâiala, astfel încât să se creeze un teren favorabil pentru aplicarea unor metode şi procedee corective. Aceste metode şi procedee nu îşi pot dovedi eficienţa atâta timp cât factorii negativi persistă sau când aceştia sunt trăiţi dramatic şi produc influenţe tensionale în conştiinţa individului.

b) terapia simptomatică se bazează pe experienţa unor practicieni care afirmă, pe de o parte, că, în multe cazuri, factorii cauzali nu pot fi depistaţi, iar pe de altă parte, cum natura bâlbâielii este multifactorială şi acţionează în etape diferite de evoluţie umană, devine aproape imposibilă înlăturarea lor şi ştergerea din conştiinţa individului. Drept urmare, activitatea terapeutică trebuie să debuteze cu înlăturarea simptomelor bâlbâielii şi pe parcurs, în măsura în care este posibil, vom acţiona şi asupra etiologiei acestora. Mai mult, adepţii acestei forme de terapie subliniază faptul că se pot obţine rezultate pozitive şi în planul psihocomportamental al individului, odată cu dispariţia simptomelor şi adoptarea vorbirii fluente, pentru că el tinde să uite „necazurile" trăite anterior şi, treptat, nu mai este marcat de ele.

În trecerea de la aceste forme de terapie, particularizate după criteriul etiologic sau simptomatologic, la psihoterapia complexă, E. Vrăsmaş şi C. Stănică (1997) sunt de părere că este necesar să aibă în vedere următoarele obiective:

- cunoaşterea de către logoped a modului în care se relaţionează subiectul bâlbâit cu cei în mediul în care interacţionează, începând de la membrii familiei, apoi cu colectivul grădiniţei, al şcolii, cu colectivul de joacă, ca şi a condiţiilor de viaţă şi a condiţiilor care au determinat declanşarea bâlbâielii;
- crearea unei atmosfere afective şi de înţelegere a membrilor din anturajul apropiat şi subiectul logopat, în vederea motivării acestuia pentru terapia logopedică;
- adaptarea terapiei logopedice la vârstă şi simptomatologie, pentru a putea asigura o reuşită deplină în plan recuperativ, încă de la începutul apariţiei dificultăţilor de vorbire;
- programul terapeutic stabilit de logoped trebuie să vizeze atât complexitatea bâlbâielii, cât şi impactul acesteia asupra personalităţii şi comportamentului subiectului.

c) terapia complexă pe care insistă în mod deosebit Seeman, numită şi terapia cu mai multe dimensiuni de către Krech, la baza căreia stă ideea că activitatea terapeutică a bâlbâielii trebuie să ia în consideraţie toţi factorii biopsihosociali, implicaţi, asupra cărora se acţionează, de obicei, în paralel cu dezvoltarea vorbirii fluente, ritmice, cursive şi cât mai apropiate de normalitate. De fapt, în această formă de terapie, se optează pe combinarea primelor două (cauzală şi simptomatică), la care se adaugă intervenţia calificată pentru anihilarea disfuncţionalităţilor de la nivelul componentelor psihosociale ce se concretizează, mai cu seamă, cu afectarea comportamentelor, atitudinilor, interrelaţionării, adaptării la mediu şi a personalităţii. La acestea se adaugă sublinierea necesităţii intervenţiilor de timpuriu sau cât mai aproape de debutul bâlbâielii. Din terapia complexă a bâlbâielii nu pot fi excluse nici *metodele şi procedeele cu caracter general*, destinate pregătirii subiectului din punct de vedere organo-funcţional şi psihologic, pentru o cât mai bună receptare a terapiei logopedice centrate pe bâlbâială. Orice program terapeutic trebuie să devină individualizat, pentru că fiecare subiect afectat de bâlbâială prezintă, în plus, verbal şi psihocomportamental, o serie de caracteristici specifice, variate şi diferite, dependente de structurile psihice proprii, de etiologia determinantă, de nivelul achiziţiilor verbale, de gradul afectării vorbirii, de mediul de viaţă etc.

În cadrul terapiei complexe, în principal, o gamă diversificată de intervenţii logopedice, psihologice, pedagogice, medicale şi sociologice, prin intermediul cărora sunt vizate toate componentele care contribuie la dezvoltarea individului, la restabilirea echilibrului psihofizic şi la formarea capacităţii de relaţionare şi de adaptare la condiţiile de mediu de viaţă. Această perspectivă urmăreşte un principiu general valabil pentru toate persoanele cu tulburări, cum sunt şi cele de limbaj, şi anume, dezvoltarea capacităţilor psihice şi fizice care să-i apropie cât mai mult de normali, stimularea potenţialului restant, dezvoltarea compensatorie a unor funcţii valide, crearea unui climat afectiv şi motivaţional, pentru activitate şi relaţionare, asigurarea unui proces continuu în achiziţia comunicării şi cogniţiei, formarea unor abilităţi de socializare şi de adaptare.

Aceste obiective devin realizabile prin următoarele forme de terapie ce se adaptează la tipul de deficienţă şi la particularităţile psihoindividuale ale subiectului:

a) terapia centrată pe funcțiile afectate, ce cuprinde metode și procedee specifice pentru fiecare componentă tulburată, menite să producă prevenirea, ameliorarea și corectarea oricărei abateri de la normalitate (de exemplu, metodele și procedeele logopedice descrise pentru corectarea diferitelor tulburări ale limbajului);

b) terapia prin învățare, ce vizează recuperarea unor dificultăți de tipul:

- intelectual-cognitive;
- emoțional-afective;
- motrice și psihomotrice;
- psihocomportamentale;
- comunicaționale;
- relațional-sociale.

c) terapia ocupațională, menită să dezvolte activități fizice și psihice, în special de comunicare, relaționare și motivație, prin:

- joc și acțiuni distractive;
- muzică;
- dans;
- desen și pictură;
- activități practice.

d) terapia de tip psihoterapeutic, care nu înlătură, propriu-zis, deficiența, dar contribuie la fortificarea spiritului și la înlăturarea frustrației, a anxietății, la reducerea stărilor conflictuale și la stimularea motivației, pulsiunilor, la dezvoltarea unor trăsături pozitive de personalitate și de comportament. Având în vedere situația de excepție a persoanei cu handicap, rezultatele recuperative semnificative se obțin, mai cu seamă, prin psihoterapiile de tipul:

- psihoterapia comportamentală;
- psihoterapia de relaxare;
- psihoterapia ludică;
- psihoterapia sugestivă.

Referindu-se la importanța psihoterapiei, în cadrul general al metodologiei recuperative, corective, a tulburărilor de ritm și de fluență ale vorbirii, I. Moldovan (2006) subliniază ideea că intervenția psihoterapeutică trebuie adoptată încă de la apariția primelor simptome sau manifestări caracteristice unor forme de bâlbâială. Un asemenea demers are rolul nu numai de a preveni instalarea unor complicații psihice și de a fixa bâlbâiala, dar și a evitării formării obișnuințelor în exercitarea unor ticuri, a mișcărilor „parazite" sau de

prisos și care nu servesc fluența verbală, a unor obișnuințe legate de respirație deficitară care, odată înlăturate, contribuie la distragerea atenției de la dificultățile ce le însoțește.

Din punct de vedere strict logopedic, metodele și procedeele educațional-recuperative sunt destinate formării și dezvoltării vorbirii ritmice și fluente, a folosirii unei vorbiri corecte și a restabilirii potențialului comunicațional. Pentru îndeplinirea acestui obiectiv major, acțiunile terapeutice sunt variate și ele se aplică pe etape, pe principiul de la simplu la complex, dar adaptate la particularitățile lingvistice și psihice ale subiectului bâlbâit. Specialiștii recomandă intervenții pentru activitatea terapeutică, exerciții începând de la cele ce privesc punerea în mișcare și sincronizare a elementelor organo-funcționale, care participă la realizarea vorbirii, și terminând cu indicarea unor mijloace menite să restabilească și să dezvolte vorbirea corectă sub toate aspectele sale.

Spre exemplu, Fröschels recomandă ***procedeul masticației***, asemănător cu unul din exercițiile folosite de Demostene, prin care se credea că se exersează mișcările diferitelor elemente ale aparatului fonoarticulator, ce în mod natural, se produc și în desfășurarea actului verbal. Astfel, simularea masticației, concomitent cu vorbirea, poate ușura cursivitatea acesteia și o reducere a încordării ce se fixează prin fobia față de comunicare. ***Jocul curativ logopedic*** este un alt procedeu folosit de soții Schiling, în care se pot proiecta, pe un ecran, imagini în mișcare, pe care subiectul le verbalizează, printr-o povestire sugerată de conținutul acestor imagini. Imaginile sunt menite să creeze un context plăcut și relaxant (ex. un pârâiaș ce curge lin cu un zgomot caracteristic, dublat de cântecul păsărelelor și de un peisaj verde și înflorat) ce are și avantajul abaterii atenției subiectului de la teama de vorbire și, prin urmare, a diminuării anxietății. Alți autori recurg și la ***procedeul practicii negative***, prin care se recomandă subiectului să se bâlbâie voluntar și cât mai mult, considerând că în felul acesta se produce o reacție negativă, respingând, treptat, vorbirea aritmică și disfluentă. Un astfel de procedeu este recomandat de către unii autori și în vindecarea ticurilor nervoase, dar cel puțin, pentru bâlbâială, el comportă anumite riscuri, cum ar fi: consolidarea deprinderilor negative de vorbire, conștientizarea sau o accentuare a conștientizării bâlbâielii, o creștere a tensiunii și încordării, apariția de conflicte interne, generate de ideea că terapeutul logoped se abate de la scopul nobil al acestuia, acela de a-i cultiva o comunicare cu valențe estetice, de a pune la îndoială, calitățile profesionale ale specialistului ș.a.

Bazându-ne pe experiența proprie, noi nu recomandăm folosirea unui asemenea procedeu, și mai cu seamă, pentru practicienii cu o experiență redusă.

Pentru activitatea logopedică cu bâlbâiții, Hvatțev recomandă parcurgerea următoarelor etape:

- examinarea subiectului pentru toate tulburările de limbaj și de comportament;
- exerciții de înviorare, desfășurate concomitent cu o discuție asupra suferinței pe care o manifestă și o trăiește subiectul;
- solicitarea subiectului de a pronunța vocale pe un ton cântat;
- solicitarea subiectului de a cânta în cor și solo;
- corectarea pronunției prin gimnastică articulatorie, dacă este cazul;
- adoptarea vorbirii ritmice;
- adoptarea vorbirii concomitente cu logopedul;
- adoptarea vorbirii reflectate;
- adoptarea vorbirii independente;
- adoptarea vorbirii în ritm natural.

Și Vlasova (1958) propune o serie de etape relativ asemănătoare cu cele de mai sus:

- pronunțarea cuvintelor;
- exersarea pronunției cu propoziții simple;
- exersarea pronunției cu proporții dezvoltate;
- recitirea unor texte cunoscute;
- constituirea unei povestiri libere sau pe o temă sugerată;
- discuția pe bază de conversație.

Ambii autori recomandă, pentru aceste etape, realizarea lor prin joc, citirea de imagini, citirea pe sintagme (în funcție de vârsta subiectului), dezvoltarea ritmicității vorbirii prin asocierea acesteia cu mișcarea, cu plimbări în aer curat etc.

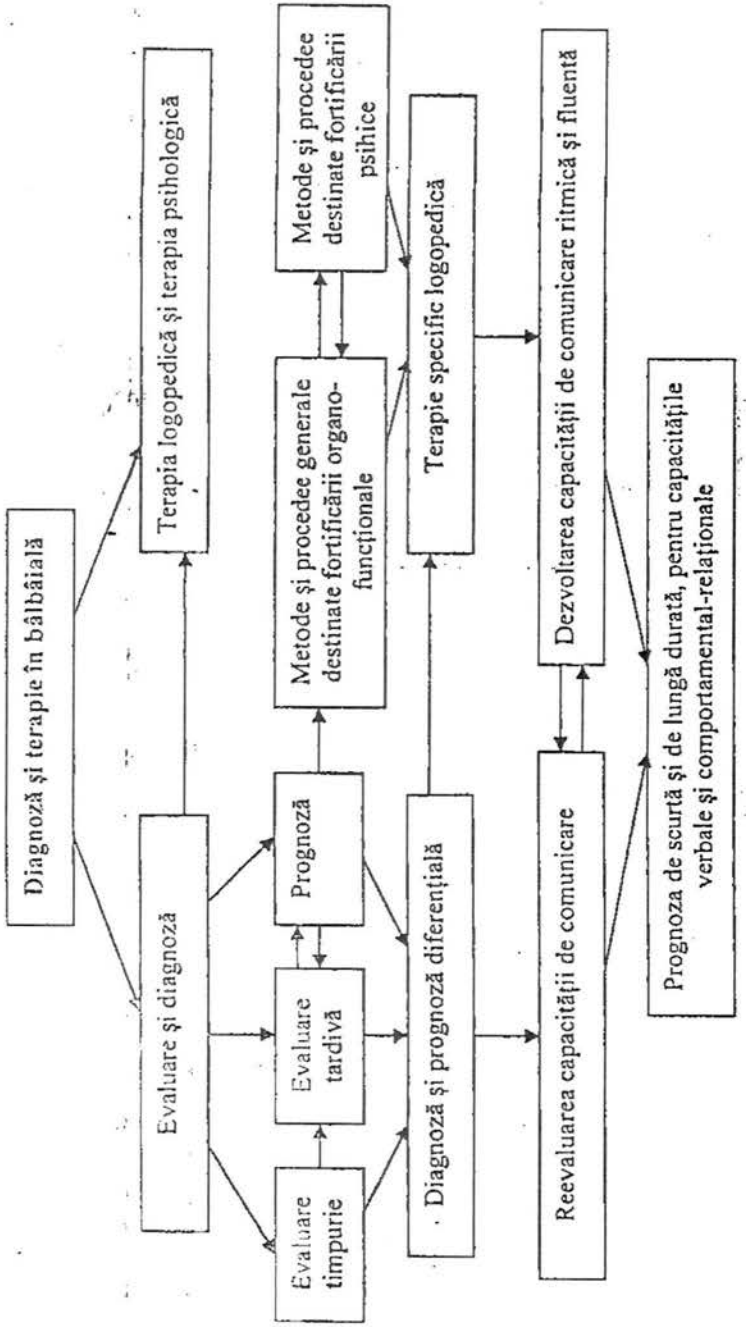
Dat fiind complexitatea activității educațional-recuperative, în cazul persoanelor bâlbâite, noi considerăm că schema pe care o propunem și pe care o dezvoltăm, în cele ce urmează, reflectă concepția noastră și o experiență ce poate valida etapele și corelațiile într-un asemenea demers, pentru asigurarea unei metodologii cât mai eficiente și cu rezultate cât mai stabile și convingătoare (vezi schema, pag. 140).

Prima condiție ce ni se pare necesară să o precizăm este aceea că atunci când subiectul se află într-o etapă inițială a dezvoltării unei bâlbâieli sau când nu realizează dificultățile pe care le are (cum este cazul la vârstele mici sau la debutul unei bâlbâieli clonice), noi vom încerca să nu-i conștientizăm tulburarea, pentru a nu-i fixa și dramatiza trăirea acesteia în plan psihic. Astfel, evităm anxietățile și conflictele și ne centrăm pe metodele și pe procedeele care urmăresc dezvoltarea comunicării verbale ritmice și fluente.

În cazurile în care bâlbâiala este conștientizată și, treptat, se transformă într-o logonevroză, este necesară introducerea psihoterapiei, alături de metodologia strict logopedică pentru a asigura o recuperare eficientă și completă. Este bine să subliniem că, în formele ușoare de bâlbâială, părinții care manifestă interes pentru educația copiilor, pot contribui la continuarea, după indicațiile logopedului, a unor exerciții pentru dezvoltarea deprinderilor corecte de vorbire. Autori ca Barbara (1960), Van Riper (1963, 1973), Anne-Marie Simon (2004), insistă pe aceste aspecte și mai ales pe posibilitățile pe care le are familia în asigurarea unui climat emoțional-afectiv favorabil și a unui mediu stimulativ pentru dezvoltarea comunicării.

În aceeași ordine de idei, în literatura de specialitate se subliniază că și educatoarele și învățătorii pot juca un rol important în crearea unei atmosfere de înțelegere, de stimulare a vorbirii corecte și de relaționare cu cei din jur pentru copiii bâlbâiți. Și în țara noastră, tot mai mulți specialiști pun în practică o colaborare tot mai organizată cu părinții copiilor cu tulburări de limbaj și cu cadrele didactice care primesc informații de la terapeutul logoped cu privire la programul urmat de copil și cu privire la demersurile pe care ei trebuie să le adopte în vederea continuării și susținerii activităților terapeutic-recuperative.

Având în vedere nivelul cultural diferit al părinților subiectului logopat, terapeutul logoped se va adapta la această situație și va elabora un program corectiv pe care să-l urmeze în funcție de aceste posibilități și de condițiile de viață ale individului bâlbâit.



Convinşi de rolul important pe care familia, grădiniţa şi şcoala îl au în sprijinirea şi susţinerea terapiei logopedice în cazul tulburărilor de limbaj, în general şi al bâlbâielii, în special, Emilia Boşcaiu (1983), a analizat comportamentul verbal şi conduitele verbale a 34 de copii, cu vârste între 4 şi 6 ani, cuprinşi în 27 de grădiniţe de pe raza oraşului Cluj-Napoca, ce prezentau simptome ale bâlbâielii. Autoarea a constatat că din totalul copiilor investigaţi, 18 manifestau o simptomatologie specifică bâlbâielii de tip clonic, în asociere cu unele tulburări de articulaţie, 7 cazuri prezentau retard verbal, asociat caracteristicilor specifice bâlbâielii şi 2 copii asociau bâlbâiala cu o fenomenologie de tip rinolalic. Referindu-se la etiologia tulburării, se precizează că aceasta avea un caracter mixt, predominant psihogen. Prin intermediul unor povestiri de la începutul activităţilor corective şi repovestiri de la finalul acestora, s-a urmărit, în principal, câteva manifestări ce au pus în evidenţă unele caracteristici ale disfluenţelor verbale, dintre care au fost considerate edificatoare următoarele:

- repetiţiile de silabe;
- repetiţiile de sunete;
- prelungirile de sunete;
- ezitările în emiterea sintagmelor;
- pauze prelungite în trecerea de la un cuvânt la altul;
- prezenţa convulsiilor tonice.

O parte din terapiile bâlbâielii, preconizate de Georgeta Burlea şi colaboratorii (2003), se bazează pe concepţiile unor specialişti cunoscuţi şi care s-au impus de-a lungul timpului. Dintre acestea, autoarea insistă mai mult pe concepţiile următorilor:

- Gutzmann, care îşi întemeiază terapia recomandată pe exersarea grupelor de muşchi ce joacă un rol important în dezvoltarea organului fonator şi care nu facilitează executarea mişcărilor voluntare, ca urmare a unei voinţe slabe, caracteristică subiectului cu bâlbâială. Astfel, subiectul trebuie să conştientizeze că poate controla mişcările laringelui şi a mimicii în timpul desfăşurării vorbirii, prin controlul exercitat în faţa oglinzii, ceea ce îl va ajuta să adopte o vorbire normală. Exerciţiile respiratorii nu pot lipsi din acest demers, pentru că şi ele contribuie la formarea pronunţiei corecte şi la introducerea echilibrului în ritmul de desfăşurare a vorbirii;

- Fröeschels porneşte de la ideea că bâlbâiala are origine psihică, astfel încât laturile ascunse ale subconştientului nu trebuie neglijate, deşi accentul principal se va pune pe sistemul conştient. Drept urmare, subiectul bâlbâit trebuie convins că organele fonatorii

desfăşoară mişcări similare cu cele din timpul masticaţiei, ceea ce înseamnă că ele pot fi stăpânite şi controlate. Masticaţia, ca şi deglutiţia şi sugerea, au o bază filogenetică şi ontogenetică asemănătoare cu mişcările organice ale vorbirii, iar dacă subiectului i se va distrage atenţia de la eventualele dificultăţi ale acestora, ar putea contribui la înlăturarea spasmelor şi a fricii faţă de vorbire. Fröeschels consideră, în acest context, că terapia bâlbâielii devine mai eficientă dacă se asociază psihoterapia cu terapia logopedică, punând un accent mai mare pe aceasta din urmă.

- Van Riper afirmă şi el importanţa psihoterapiei, alături de terapiile logopedice, pentru că poate contribui la eliminarea blocajelor din vorbire, odată cu reducerea temerii de vorbire. În acest scop, se poate folosi procedeul practicii negative, ca formă de agresare a tulburării, pentru a o putea stăpâni, iar pentru a evita agravarea bâlbâielii, important este să se diminueze teama de vorbire, pentru a-l face pe subiect să devină cât mai relaxat.

- S. Borel-Maisonny este convinsă că prin desensibilizarea subiectului faţă de sunetele şi cuvintele „critice"şi prin dezvoltarea potenţialului său de exprimare, vom crea un teren favorabil pentru reducerea inhibiţiilor. În realizarea acestui scop, antrenamentul perceptiv şi motor, concomitent cu folosirea adecvată a gesturilor şi cu stimularea înţelegerii mesajului verbal, contribuie la introducerea ritmului, cadenţei şi a intonaţiei în vorbire.

- Mastrangeli este de părere că orice disfemie apare ca efect al tulburărilor psihice şi fonetice, şi de aici rezultă că şi terapia va cuprinde cele două aspecte, dar se va avea în vedere vârsta subiecţilor respectivi. Astfel, pentru copii se va insista pe prevenirea tulburării şi pe dezvoltarea lingvistică, prin impostarea fonetică, contribuind, pe tot parcursul la exersarea comportamentului verbal.

Desigur, terapia modernă a bâlbâielii, ca şi a celorlalte tulburări de ritm şi de fluenţă a vorbirii nu poate fi redusă numai la autorii de mai sus, oricât de valoroase ar fi ideile exprimate. După cum vom vedea, în continuare, practica logopedică poate fi îmbogăţită cu multe alte aspecte.

Încă de la începutul activităţii terapeutice, logopedul trebuie să se convingă de posibilitatea colaborării dintre familie şi educatoare pentru a evita eventualele divergenţe între atitudinile adoptate faţă de copil şi de punere în aplicare a indicaţiilor logopedului pentru dezvoltarea comunicării verbale corecte. Cum fişa (repere) de cunoaştere şi caracterizare a subiectului (pe care am prezentat-o deja) se va completa, treptat, încă din etapa de diagnoză a tulburării, este necesar să se consemneze, la rubricile respective, toate aceste impresii pe care şi le face logopedul cu privire la posibilele implicaţii ale familiei şi a educatoarei atât în iniţierea unor activităţi de exersare a vorbirii corecte şi în organizarea unui climat afectiv confortabil, în care copilul să se simtă bine şi relaxat. Desigur, atunci când copiii logopaţi sunt de vârstă şcolară, relaţiile de colaborare se extind de la nivelul familiei, la cadrele didactice, iar în cadrul sondării dinamicii evoluţiei limbajului, se va avea în vedere şi modul în care bâlbâiala se reflectă în scris-citit şi dacă apar, la acest nivel, dificultăţi, ele se corectează, de obicei, în paralel.

În terapia bâlbâielii, au fost acumulate, în timp, nenumărate metode şi procedee de intervenţie, a căror eficienţă depinde de o serie de factori obiectivi şi subiectivi. Dar, indiferent de aceşti factori, ele trebuie adaptate la condiţia internă a subiectului, la gravitatea şi la forma de manifestare a bâlbâielii, la nivelul de receptare, de înţelegere şi de dezvoltare psihică specifică fiecărui caz în parte. Abilităţile şi experienţa logopedului nu pot fi nici ele neglijate pentru evaluarea reuşitei acţiunii corectiv-recuperative. De altfel, logopedul este cel care stabileşte tipul şi ordinea metodelor ce se aplică, alternanţa lor şi timpul necesar pentru aplicarea fiecăreia. Din acest motiv, nu putem recomanda, fără să cunoaştem cazul respectiv, o ierarhizare universal valabilă a metodologiei de intervenţie terapeutică, dar vom sublinia importanţa ce o acordăm unor metode şi procedee, ţinând seama, atât de experienţa noastră, cât de cea a unor autori de prestigiu. Totuşi, ordinea în care ne referim la unele din acestea, nu semnifică neapărat importanţa lor, ci, mai degrabă, frecvenţa cu care ele sunt aplicate de către specialişti.

În acest context, se impune, pentru început, precizarea a trei recomandări generale pentru terapia bâlbâielii:

1. respectarea intervenţiei pe principiul de la simplu la complex asigură o adaptare sporită a subiectului la activitate şi obţinerea unor progrese mai rapide în îmbunătăţirea vorbirii, ceea ce facilitează aplicarea altor metode cu un grad de complexitate mai mare şi instalarea încrederii în eficienţa terapiei;
2. când bâlbâiala este asociată cu alte tulburări de vorbire (mai frecvent cu dificultăţi de pronunţie, retard verbal etc.), în terapia lor se poate respecta principiul enunţat mai sus, dar mai eficientă este o corectare concomitentă, ce prezintă şi avantajul că se poate

evita crearea convingerii cu privire la complexitatea bâlbâielii şi a progreselor corective întârziate;

3. cum psihoterapia familiei, a şcolii şi a mediului de viaţă vizează crearea unui climat afectiv favorabil şi a unor atitudini stimulative pline de înţelegere, iar psihoterapia adresată subiectului urmăreşte înlăturarea frustraţiilor, anxietăţii şi conflictelor, este preferabil să se înceapă activitatea recuperativă cu această ultimă formă ce poate continua (atâta timp cât este necesar) pe toată durata acţiunii logopedice.

2.2. Psihoterapia bâlbâielii

Psihoterapia este orientată pe două direcţii; una pentru familie şi alta pentru subiectul logopat. Psihoterapia pentru familie este destinată rezolvării conflictelor dintre părinţi şi subiecţii logopaţi, a influenţării părinţilor şi a persoanelor din anturajul de viaţă a subiectului de a adopta o atitudine pozitivă şi de a înţelege că ei pot deveni un sprijin important în motivarea subiectului pentru activitatea terapeutic-logopedică, ca şi pentru continuarea unor acţiuni care să contribuie la dezvoltarea vorbirii ritmice şi fluente prin aplicarea exerciţiilor recomandate de logoped. Esenţial este ca familia subiectului să înţeleagă că asigurarea unui climat de confort psihic şi de stimulare a comunicării, manifestarea unor atitudini afective care să contribuie la relaxarea şi reducerea încordării, a tensiunii nervoase va determina o creştere a interesului subiectului pentru terapia logopedică, a atenuării stărilor conflictuale şi a rezervelor de a stabili un contact comunicaţional cu cei din jur. Dacă terapeutul adoptă o atitudine sinceră, atentă şi înţelegătoare, convingătoare şi motivată pentru activitatea desfăşurată, va produce un transfer afectiv spre familia subiectului prin care îşi asigură o creştere a potenţialului de influenţare.

Foarte important este să fie învăţaţi părinţii să evite stările conflictuale şi tensionate pentru a-şi putea apropia copiii, astfel încât să domine un climat de încredere şi de toleranţă a dificultăţilor pe care aceştia le au. În această situaţie nu trebuie făcute observaţii jenante şi repetate cu privire la eventualele erori de exprimare ori a unor disfluenţe verbale, ci, dimpotrivă, copilul va fi ajutat prin preluarea propoziţiei afectate fără a acorda atenţie şi fără a fixa teama faţă de cuvintele sau expresiile critice. Exigenţa exagerată faţă de exprimarea

copilului este tot atât de dăunătoare ca şi supraprotejarea sau manifestarea unor atitudini contradictorii ce îl pot deruta pe copil sau îi pot atenua încrederea în părinţi.

În cadrul psihoterapiei de familie, o serie de autori, printre care Johnson (1961, 1964), Van Riper (1963) etc. atrag atenţia asupra importanţei ca părinţii să fie abilitaţi pentru a depista toate situaţiile care declanşează sau întreţin bâlbâiala, pentru a le putea evita, dar şi în cunoaşterea condiţiilor care favorizează desfăşurarea normală a vorbirii, pentru a le putea adopta în toate împrejurările, ceea ce sporeşte şi stimulează contextul comunicaţional.

În vederea creşterii eficacităţii psihoterapiei, aceasta se poate extinde de la psihoterapia familiei, la psihoterapia în grădiniţă şi în şcoală. Cu această ocazie, se urmăreşte adoptarea unor relaţii corecte, de colaborare şi de încredere între cadrele didactice şi copii, pe de o parte, şi relaţii de întrajutorare şi sinceritate colegială între copii, pe de altă parte.

Pornind de la achiziţia unor cunoştinţe despre bâlbâială, cum ar fi: etiologia, simptomatologia, situaţiile critice care duc la amplificarea bâlbâielii, influenţa acesteia asupra comportamentului şi personalităţii etc., cadrele didactice vor şti, cu mai multă exactitate, ce atitudini trebuie să manifeste faţă de copiii bâlbâiţi, cum să-i solicite în procesul didactic, pentru a evita penibilităţile şi traumele psihice, pentru a-i solicita să participe la actul comunicaţional cât mai relaxat, pentru a se integra deplin în colectivitate şi, nu în ultimul rând, pentru a sprijini activitatea de terapie logopedică, prin continuarea unor exerciţii corective indicate de logoped şi care pot fi puse în aplicare prin orientarea răspunsurilor la lecţii, prin indicarea unor anumite tipuri de teme pentru acasă, prin corectarea unor exprimări greşite, prin sublinierea succeselor obţinute de copii, printr-o continuă stimulare a vorbirii.

Valenţele psihoterapiei devin tot mai importante în condiţiile instalării logonevrozei. După cum am văzut, persistenţa în timp a bâlbâielii şi înaintarea în vârstă a subiectului bâlbâit, facilitează conştientizarea tulburării, ceea ce face să se ajungă la dereglări, atât în plan biologic, cât şi în plan psihologic. În plan biologic, se remarcă existenţa supraîncordării la nivelul muşchilor care participă în fonaţie, odată cu determinarea unui dezechilibru în ritmul de desfăşurare expir-inspir, o rigiditate exagerată în execuţia unor mişcări grosiere şi mai cu seamă a celor fine şi specializate etc., iar în plan psihologic, teama de vorbire, blocajele tonice, stările conflictuale şi anxioase,

atitudinile negativiste şi diminuarea motivaţiei pentru activitate constituie numai câteva elemente care justifică necesitatea utilizării psihoterapiei în tulburările atât de complexe, de tip logonevrotic.

Desigur, în aceste cazuri, psihoterapia se poate desfăşura individual sau în grup. Scopurile acestor două forme de psihoterapie sunt aceleaşi, dar sunt unele diferenţe în aplicarea lor, şi mai cu seamă legate de numărul subiecţilor ce pot beneficia de avantajele acesteia. Din acest punct de vedere, după o anumită perioadă de pregătire necesară, cu precădere a subiecţilor cu un grad ridicat de anxietate şi de izolare, ei vor fi incluşi, treptat, în grup, după ce obţinem acordul lor. Psihoterapia în grup cuprinde şi psihodrama, care a cunoscut, şi pentru acest domeniu, o extindere tot mai mare, încă de la începutul aprecierii ei de către Moreno, ca o metodă de bază ce nu poate fi evitată, dacă dorim să-i asigurăm un succes deplin psihoterapiei de grup. Pentru domeniul logopediei, argumentele aduse de Glauber (1858), Van Riper (1963), Führing şi Lettmayer (1970) vin să confirme ideea potrivit căreia personalitatea clienţilor poate fi mai uşor influenţată dacă grupul se transformă într-un agent terapeutic.

Constituirea grupului, funcţionalitatea acestuia şi atitudinile de participare/intervenţie a terapeutului sunt adoptate după aceleaşi criterii ce se întâlnesc în toate cazurile în care acestea se aplică. O singură remarcă dorim să o facem în acest context şi anume că vârsta mentală şi cronologică a subiecţilor trebuie să stea în centrul acestor criterii, pentru a menaja sensibilităţile excesive ale bâlbâiţilor.

După cum a rezultat deja, bâlbâiala influenţează întregul comportament al individului, punându-şi adânc pecetea asupra dezvoltării şi evoluţiei personalităţii. Cu cât subiectul bâlbâit este mai în vârstă şi bâlbâiala mai gravă, cu atât modificările pe care le produce în sfera comportamentală şi în relaţiile cu cei din jur sunt mai dificile, iar reeducarea vorbirii bâlbâitului necesită eforturi mărite din partea sa şi a logopedului. Ţinând seama de aceasta, reeducarea vorbirii bâlbâitului trebuie să se facă concomitent cu influenţarea personalităţii, conduitei şi relaţiilor sale interpersonale. Dar, pentru realizarea acestui deziderat, trebuie să se aibă în vedere, pe de o parte, etiologia şi simptomatologia bâlbâielii, iar pe de altă parte, vârsta subiectului, trăsăturile de personalitate, nivelul de cultură şi de dezvoltare intelectuală.

Unele preocupări legate de reeducarea vorbirii bâlbâiţilor s-au manifestat încă din antichitate; rezultatele lor nu erau atât de încurajatoare, deoarece procedeele utilizate nu se bazau pe cunoaşterea naturii şi originii bâlbâielii. Oracolul din Delphi, spune Herodot, recomanda bâlbâitului Battos un voiaj în Libia, iar Plutarh descrie exerciţiile cu limba îngreunată, alergările de viteză şi vorbirea în timpul respiraţiei, utilizate de cel ce a devenit marele orator Demostene. Cu ajutorul psihoterapiei şi a exerciţiilor de vorbire, Demostene acţiona cu perseverenţă asupra vorbirii şi personalităţii sale.

În unele perioade, metodele nu numai că nu erau adecvate, dar erau cu totul dăunătoare pentru organism (ne referim la metodele chirurgicale care au dominat o perioadă îndelungată, din anul 25 î.e.n. şi până pe la începutul veacului al XV-lea). Abia la începutul secolului al XIX-lea încep să apară lucrări închegate despre bâlbâială (Colombat de l'Isère, Lee, Itard, Hristofor Laguzen). P.Janet semnalează rezultatul favorabil obţinut prin aplicarea „metodelor educative" în bâlbâială, ticuri şi contracturi localizate care se întâlneau în simptomatologia nevropaţilor (Diatkine şi Favreau, 1960). Până în prezent, numărul acestor lucrări a crescut mult, dar metodologia tratării bâlbâielii diferă de la o ţară la alta şi chiar de la un autor la altul. În raportul principal, ţinut la al XIII-lea Congres Internaţional de Logopedie şi Foniatrie de la Viena din 1965, A Schilling (1969) încearcă să dea o privire de ansamblu asupra terapiei contemporane a bâlbâielii. De la început, autorul evidenţiază dificultăţile pe care le întâmpină, deoarece disciplinele medicale şi nemedicale care se ocupă de tratamentul bâlbâielii adoptă soluţii „foarte divergente". Schilling desprinde două direcţii principale de terapie: o *terapie cauzală*, care urmăreşte restructurarea întregii personalităţi a bâlbâitului (este vorba de psihoterapia, în accepţiunea sa cea mai largă) şi o *terapie simptomatică*, care îşi propune să înlăture momentele ce tulbură vorbirea (este logopedia, într-o accepţie mai restrânsă). O direcţie intermediară ce s-a conturat, încercând să unească cele două orientări principale, are în vedere etiologia multifactorială a bâlbâitului şi este numită de Seeman „terapie complexă".

În ultima vreme, se fac cunoscute o serie de procedee noi, ca, spre exemplu, cele bazate pe metodele auditive cu „delayed-playback speech" şi „shadowing method", precum şi unele procedee moderne ale autorilor americani.

În continuare, *noi ne vom referi numai la* rolul şi locul psihoterapiei (concepută în sensul ei cel mai larg) *în reeducarea vorbirii logonevroticilor*, la însemnătatea şi particularităţile sale în cadrul acestui proces deosebit de important în terapia complexă a

bâlbâielii. Necesităţile psihoterapiei rezultă din faptul că bâlbâiala are profunde implicaţii, nu numai în vorbire, dar şi în starea psiho-fizică, în personalitatea individului. Fobia vorbirii se întăreşte, sub forma unor legături durabile şi obsedante. Personalitatea logonevroticului, sub unele aspecte, se dezorganizează, iar reţinerea în discuţii şi teama de vorbire creează o stare de inerţie, de rigiditate. Indivizii respectivi renunţă să vorbească, dând impresia că au posibilităţi intelectuale limitate. Conştientizarea bâlbâielii şi trăirea ca atare în planul personalităţii (a conştientizării respective) transformă bâlbâiala în logonevroză. Aceasta are loc, desigur, la o anumită vârstă. Dificultăţile permanente de exprimare şi de înţelegere a vorbirii duc la irascibilitate, nervozitate, tulburări de somn, enurezis, obrăznicie, tulburări de comportare etc. În unele cazuri, la copii, asemenea tulburări pot provoca chiar un *mutism electiv*, manifestat prin renunţarea la vorbire sau întrebuinţează, predominant, gesturile, se izolează, devin singuratici, se subapreciază. Teama de insucces, teama că nu pot vorbi corect determină, în permanenţă, o stare stresantă. Odată cu intrarea în şcoală a copilului cu bâlbâială, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult. Solicitarea copilului să vorbească în faţa colectivului de elevi şi neputinţa de a-şi exprima corect şi cursiv gândurile, ideile îi provoacă o stare de oboseală intelectuală şi fizică, hipersensibilitate afectivă şi refuzul de a răspunde chiar dacă ştie lecţia. Aceasta determină o serie de manifestări psihice care afectează, într-un anumit grad, personalitatea copilului şi relaţiile lui cu ceilalţi copii şi cu adulţii.

În genere, bâlbâiţii sunt timizi şi reţinuţi, închişi în sine şi nesociabili, refuzând să se integreze în colectiv, iar în alte cazuri, se manifestă brutal, terorizează colegii şi familia, comit acte de indisciplină pentru a ieşi în evidenţă, jignesc pe cei din jur, devin recalcitranţi faţă de normele de conduită şcolară şi socială.

Faţă de aceste tulburări comportamentale se impune găsirea unor procedee psihopedagogice în scopul dezvoltării unei personalităţi integre. În satisfacerea acestui deziderat, psihoterapia joacă un rol esenţial şi nu se limitează numai la atâta, dar facilitează – totodată – aplicarea altor metode menite să influenţeze favorabil vorbirea.

Există câteva modalităţi de folosire a psihoterapiei ce au la bază concepţia psihologică a autorilor respectivi. Problema bâlbâielii a preocupat majoritatea *şcoilor freudiste*, dar succesele obţinute sunt neînsemnate. Chiar Sigmund Freud – sensibilizat de insuccesele sale în această direcţie – i-a solicitat lui Froeschels să-i răspundă de ce el

nu a reuşit să vindece nici un bâlbâit. Unul din susţinătorii cei mai convinşi de utilitatea metodei analitice în terapia bâlbâielii este Stekel, elev al lui Freud. În schimb, Grewel este de părere că psihanaliza nu poate fi folosită decât în anumite cazuri. Ea dă rezultate la influenţele de conversiune isterică şi nu are succes în prezenţa factorilor de anxiozitate nevrotică. După Grewel, psihanaliza poate fi folosită în special la bâlbâiţii mai vârstnici. În ultimul timp, încercări de teoretizare a terapiei bâlbâielii pe baza psihanalizei sunt făcute de Meng, A. Dührssen, Leopold Stein ş.a.

În occident, este mult utilizată terapia bâlbâielii care are la bază *psihologia individuală după Adler*. Conform acesteia, bâlbâiala apare ca urmare a situaţiei în care se află copilul mic – de nesiguranţă, sentiment de inferioritate, dorinţa de a obţine consideraţii şi putere fără să le poată realiza. Reeducarea vorbirii urmăreşte, în acest sens, înlăturarea conflictului creat între dorinţa de a câştiga consideraţie şi sentimentul pentru colectivitate.

Mulţi autori utilizează *elemente hipnotice* cu scopul de a provoca o trăire anterioară, din viaţa bâlbâitului, necesară atât pentru diagnostic, cât şi pentru ameliorarea vorbirii. Hipnoza nu poate fi folosită ca un procedeu de sine stătător în reeducarea vorbirii bâlbâitului, dar ca adjuvant al altor metode dă rezultate. Ea este mai indicată atunci când bâlbâiala este determinată de o traumă şi se află într-o stare incipientă.

O altă variantă în cadrul psihoterapiei bâlbâielii (folosită cu eficienţă) este *trainingul autogen* după J.M.Schultz. Acesta constă în destinderea generală a organismului pe bază de concentrare psihică. Kreck propune o variantă modificată a trainingului autogen, specifică reeducării vorbirii bâlbâitului, care variantă are în vedere numai „trăirea îngreunării şi a căldurii". Această variantă de destindere se aplică cu scopul de a imprima subiectului: calm, linişte şi tihnă. Se creează, la subiect, imaginea greutăţii membrelor corpului şi a căldurii lor asociată cu gânduri plăcute, bună dispoziţie susţinută – eventual – şi de o muzică potrivită şi de vizionarea unor filme odihnitoare (peisaje, imagini cu flori, iarbă etc.). Tot aici poate fi folosit şi „procedeul mestecatului", propus de Fröeschel.

Sunt şi alte variante de utilizare a destinderii, ca cea a lui Kurka, care solicită subiecţii să povestească după vizionarea unui film mut, îndeplinind totodată rolurile respective, trainingul fonic şi terapia motorie de descărcare, elaborată de Trojan, „intenţia paradoxală" a psihiatrului vienez, Frankl, prin care bâlbâitul îşi doreşte stările temute

şi astfel el se bâlbâie după dorinţă, reuşind să înlăture, în felul acesta, frica de bâlbâială şi, în fine, metoda Liebmann, pe care Hvatţev o descrie amănunţit, având la bază exemplul personal al psihoterapeutului, nu numai în ceea ce priveşte vorbirea, dar şi din punct de vedere etic.

Psihoterapia are scopul de a înlătura stările psihice conflictuale. Ea vizează atât simptomele bâlbâielii, cât şi educarea întregii personalităţi a logonevroticului. Prin psihoterapie se urmăreşte înlăturarea fricii patologice de a vorbi şi a sentimentului de inferioritate din acest punct de vedere. Subiectul trebuie convins că poate vorbi bine şi că sensibilitatea sa exagerată este nejustificată. Aşadar, psihoterapia are la bază o serie de metode şi tehnici psihopedagogice care se aplică în vederea restabilirii echilibrului psiho-fizic al logonevroticului, caută să şteargă din mintea subiectului cauzele care au declanşat bâlbâiala, înlătură şi previne unele simptome, creând, în felul acesta, condiţii favorabile pentru acţiunea altor procedee logopedice în cadrul unui tratament complex. În felul acesta, concepem psihoterapia ca având un dublu scop: se adresează atât vorbirii, cât şi personalităţii. Modul acesta de abordare este justificat şi de faptul că însăşi învăţarea limbajului este privită de tot mai mulţi autori ca parte generală a comportamentului uman complex (Staats, A. W., 1968). Activitatea psihoterapeutică trebuie să se desfăşoare sub forma unor şedinţe regulate şi care să urmeze un plan bine stabilit, de la evocarea unor situaţii simple la cele complexe, de la o tatonare plină de grijă a conflictelor şi simptomelor, pe care le manifestă logonevroticul, la abordarea lor directă şi intensă.

Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discuţii, a prezentării unor filme ce conţin imagini liniştitoare şi semnificative, însoţite de discuţii, a ascultării muzicii cu caracter liniştitor, a urmăririi progreselor realizate în vorbire de către subiect şi interpretarea lor, a utilizării sugestiei şi hipnozei, a jocurilor la vârste mici. R. Schilling foloseşte „jocul curativ logopedic", când copiii se substituie poeţilor, regizorilor, actorilor. La început, jocurile sunt mute, doar de mişcare, iar apoi se ajunge la sunete şi zgomote (imitarea unor animale, însoţite de mişcările corespunzătoare, zgomotul unei maşini, a vântului etc.), la cântece şi vorbire. Jocurile de mişcare ajută la folosirea gesturilor expresive în timpul vorbirii, apelative şi indicative. În ultimul timp, jocul, desenul, dramatizarea etc. se aplică cu succes şi în psihoterapia vârstelor adulte. Jocul poate fi utilizat ca tehnică a psihoterapiei, deoarece el are şi funcţii distractive, ce „permite stabilirea unor dispoziţii pozitive care facilitează proiecţia şi deconectarea faţă de activităţi sau efecte ale situaţiilor stresante. Funcţia de deconectare, la rândul său, este şi o manifestare a funcţiei cathartice, funcţie de curăţire, de eliberare de acele elemente tensionale care se află în centrul motivaţiei stresante" (Ursula Şchiopu, 1970).

În genere, psihoterapia bazată pe „loisir" permite depistarea şi pătrunderea în relaţiile complexe ce definesc personalitatea, în înţelegerea influenţelor exogrup şi endogrup cu scopul de a restabili condiţiile firesti ale dezvoltării personalităţii şi integrării sale în colectiv. Principala formă sub care se desfăşoară psihoterapia, începând cu adolescenţa şi chiar cu pubertatea, rămâne discuţia pe o temă liberă sau un subiect stabilit de psihoterapeut. Este preferabil ca tema discuţiei să vină din partea subiectului sau a grupului, iar psihoterapeutul să o direcţioneze, să o canalizeze cu mult tact spre ţelul propus. În ultima vreme, se pune un mare accent pe psihoterapia de grup. Dar sunt şi psihoterapeuţi care susţin necesitatea psihoterapiei individuale, cel puţin în unele faze ale desfăşurării ei: unii o susţin înaintea psihoterapiei de grup, iar alţii după. Dat fiind specificul logonevrozei şi a tulburărilor de personalitate, ca urmare a acesteia, am observat că forma individuală, pentru început, este mai eficace. Apoi, se poate constitui grupul psihoterapeutic, mai cu seamă că s-a făcut şi o anumită pregătire ce facilitează relaţiile interpersonale din cadrul grupului. Desigur că nu trebuie exclusă nici combinarea celor două modalităţi de psihoterapie.

Indiferent că este vorba de o psihoterapie individuală sau de grup, psihoterapeutul trebuie să posede unele calităţi care să-l facă agreabil şi acceptat, pe de o parte, iar pe de altă parte, să aibă posibilitatea de a pătrunde în mod discret şi eficace în intimităţile subiectului. Problemele abordate în discuţie vizează înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în posibilităţile proprii, îndepărtarea fobiei şi a inerţiei în vorbire, crearea condiţiilor optime şi stimularea dorinţei de a vorbi, îndemnarea la o vorbire calmă şi clară, logică, dezvoltarea unei personalităţi demne şi curajoase. În acest proces formativ, un rol esenţial îl joacă însăşi personalitatea psihoterapeutului. Exemplul său personal, comportarea sa etică, vorbirea cursivă, inteligibilă, nivelul de cultură şi de inteligenţă, în genere conduita sa, exercită o influenţă pozitivă asupra subiectului.

Metodele, tehnicile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori subiectivi ce ţin de structura psihică a logonevroticului, dar şi

de natura sau manifestarea logonevrozei, de condițiile în care trăiește și își desfășoară activitatea subiectul. Pentru aceasta, se impune o cunoaștere cât mai complexă a subiectului, a specificului logonevrozei, a influenței nefaste pe care logonevroza o exercită asupra subiectului și a activității sale.

Logopedia modernă renunță tot mai mult la terapia de „vis-a-vis", potrivit căreia, logopedul se află cu copilul față în față și face exerciții de vorbire în comun. Își face tot mai mult loc terapia complexă (Seemann), terapia combinată (Krech) sau terapia cu mai multe dimensiuni (Kretschmer) ce nu se mai rezumă la folosirea unei singure metode rigide în reeducarea vorbirii. Pornind de la ideea educării întregii personalități în care vorbirea se încadrează cu toate atributele sale, metodologia contemporană a terapiei bâlbâielii în special și, în general, a tulburărilor de limbaj, vizează, în egală măsură, utilizarea unor tehnici cu mai multe dimensiuni.

Prin investigarea psihologică a logonevroticilor cu care am lucrat, ne-a dus la concluzia că, deși bâlbâiala apare pe primul plan al simptomatologiei, dincolo de aceasta, subiecții respectivi prezintă irascibilitate, timiditate, impresionabilitate, labilitate afectivă etc., adică o simptomatologie nevrotică sau în orice caz, nevrotiformă. Aceasta ilustrează că logonevroza – chiar atunci când are un substrat lezional–organic – nu evoluează singură, ci într-un cortegiu simptomatic, în special nevrotic. Tulburarea nevrotică accentuează, la rândul său, bâlbâiala, cele două serii de simptome însoțindu-se reciproc. Datorită acestui fapt, psihoterapia utilizată de noi viza, în primul rând, tulburarea nevrotică subiacentă, care a dus, la rândul ei, la scăderea intensității bâlbâielii și implicit, la facilitarea unor metode și procedee specifice logopedice pentru corectarea bâlbâielii ca atare.

Așadar, evidențiind importanța psihoterapiei în reeducarea vorbirii și personalității logonevroticului, nu minimalizăm contribuția metodelor și procedeelor logopedice specifice în vederea înlăturării bâlbâielii. Numai o îmbinare a acestor metode, în cadrul unei terapii complexe, face ca rezultatele să fie de maximă eficiență pentru reeducarea logonevroticului.

Noi am precizat încă în primul volum a Tratatului că în corectarea oricărei tulburări de limbaj se pot aplica două categorii de metode și procedee; prima categorie le-am numit generale, iar cea de-a doua categorie le-am numit specific logopedice. Pentru prima categorie am evidențiat, pe larg, valențele acestora și am subliniat că ele se aplică, relativ identic, în terapia fiecărei tulburări de limbaj.

Metodele și procedeele din a doua categorie, cum era firesc, le-am particularizat la terapia tulburării respective. Același lucru îl facem și pentru terapia bâlbâielii, dar, cu precizare că la începutul acestui capitol au fost deja descrise unele din metodele și procedeele respective, asupra cărora nu mai insistăm și, ca atare, vom acorda, în continuare, o atenție sporită metodologiei terapeutice ce are un impact esențial și nemijlocit în corectarea bâlbâielii.

2.3. Restabilirea și dezvoltarea vorbirii ritmice și fluente

Acest deziderat constituie obiectivul fundamental în cadrul terapiei logopedice. Indiferent cu ce metodă sau procedeu se începe corectarea vorbirii, vorbirea concomitentă, vorbirea după metronom, vorbirea pe silabe, vorbirea pe unități sintagmice etc., toate se subordonează acestui scop, dar decizia adoptării lor aparține specialistului care evaluează, în funcție de condiția logopatului, eficacitatea obținerii unui răspuns pozitiv într-un timp cât mai scurt și cu impact cât mai mare pentru încrederea subiectului în terapia logopedică.

Spre exemplu, ***vorbirea în cor, vorbirea concomitentă cu logopedul și vorbirea repetată*** sunt mijloace eficiente și pentru corectarea unor tulburări de pronunție (pentru cei care prezintă asemenea dificultăți), dar este important, pentru bâlbâiți că reduce încordarea și teama de vorbire, se comută atenția de la eventualele dificultăți prin scăderea feedbackului auditiv și concentrarea asupra introducerii elementelor prozodice ce dau un plus de precizie și de coloratură conduitei verbale. Un efect similar îl are și ***citirea de imagini***, care stimulează, mai cu seamă la copiii mici, activitatea verbală în paralel cu exersarea vorbirii fluente. ***Citirea sonoră*** are un efect similar pentru că facilitează vorbirea expresivă, subiectul nu mai este nevoit să se concentreze asupra formulărilor, iar semnele de punctuație nu trebuie să fie respectate. Liebmann considera această metodă încă de la începutul secolului trecut, ca fiind deosebit de eficientă pentru copiii de vârstă școlară. Folosind această metodă, Calavrezo (1966) împarte textul de citit în unități sintagmatice pentru a-l obișnui pe subiect cu ritmicitatea melodică a vorbirii și cu adoptarea unor pauze mai mici între unitățile verbale purtătoare de semnificație. Mai mulți autori au semnalat faptul că bâlbâiala se reduce progresiv pe măsura obișnuirii și adaptării subiectului la

cerințele textului (Johnson, 1937, Winegate, 1966), dar caracteristica de perseverare a bâlbâielii poate determina o reactualizare a disfluențelor verbale, dacă acestea nu au fost suficient de bine șterse din obișnuințele logopatului (Eisenson, 1958, Gruber, 1970).

Ca și în cazul altor metode, și în această situație, mai cu seamă când simptomatologia bâlbâielii este gravă, se poate începe cu citirea în șoaptă, citirea în cor, citirea concomitentă, citirea repetată etc., pentru a ușura sarcina subiectului de a se antrena în comunicarea verbală și a reduce încordarea, rigiditatea și teama de vorbire. Atunci când apar dificultăți majore în citirea unor cuvinte „critice". S. Borel-Maisonny și Van Riper recomandă citirea unui șir de silabe fără sens și numai ulterior să se introducă cuvintele dificile, astfel încât subiectul să se adapteze treptat la acestea. În faza finală, logopatul va fi solicitat să reproducă ideile citite pentru a realiza o povestire închegată, dar ajutat cu tact când are dificultăți.

Asocierea scrisului cu vorbirea prezintă avantaje; pe de o parte, emiterea sunetelor și cuvintelor ce se transpun grafic se realizează prin procedeul de prelungire a pronunției lor, ceea ce înseamnă o reducere a dificultăților și o scădere a încordării musculaturii de la nivelul aparatului fonoarticulator, iar pe de altă parte, subiectul este mai preocupat de desfășurarea grafismului ca achiziția mai recentă, astfel încât se acordă o atenție mai mică expresivității vorbirii, diminuând, în felul acesta, teama de a vorbi. În paralel, se exersează atât vorbirea, cât și scrierea. De altfel, ***procedeul de prelungire a emiterii sunetelor și cuvintelor*** se utilizează și de sine stătător, în cadrul terapiei bâlbâielii, având ca efect facilitarea vorbirii și înlăturarea disfluențelor. Se poate asocia cu folosirea metronomului sau a dinamometrului pe timpul desfășurării povestirii.

Recitarea de poezii constituie un mijloc bun pentru dezvoltarea vorbirii ritmice și a introducerii elementelor prozodice, în special a intonației, a tonalității muzicale etc. Este indicat să fie alese poezii ritmate și cu un conținut semnificativ pentru stimularea interesului subiectului.

Povestirea rămâne principalul mijloc prin care se exersează vorbirea fluentă și, totodată, mijlocul de verificare a abilităților dobândite și a eventualelor dificultăți care se mai mențin. Pe parcursul povestirii, se poate utiliza metronomul pentru a imprima pauza și ritmul în vorbire, se poate desfășura pe un fond muzical sau într-o ambianță plăcută (ex. cromatică relaxantă), se poate asocia cu o gestică adecvată și cu plimbări de voie. În fine, nu este de neglijat nici asocierea povestirii cu executarea unor acțiuni din timpul jocului, a desenului, a modelajului, a colajului, în genere, cu activități specifice terapiilor ocupaționale. Aceste asocieri prezintă avantajul că abat atenția subiectului de la dificultățile de vorbire, iar mișcarea contribuie la reducerea încordării și a rigidității.

Este important să amintim faptul că ***asocierea vorbirii cu restabilirea ritmului respirator*** constituie o acțiune ce fundamentează demersurile pentru dezvoltarea vorbirii fluente a persoanelor bâlbâite. După cum se observă, în toate cazurile de bâlbâială se produc dereglări în alternarea ritmică a expirului și inspirului, în dozarea capacității volumului respirator necesar fonației și în menținerea tipului respirator caracteristic sexului, odată cu antrenarea mișcărilor musculare care participă la acest proces. Deși exercițiile respiratorii menite să restabilească aceste echilibre se pot efectua și în afara vorbirii și importanța lor a fost menționată încă din antichitate de către oamenii de știință, concepțiile moderne ale terapiei bâlbâielii pun accent pe creșterea efectelor acestora, în condițiile când sunt desfășurate în asociere cu exercitarea vorbirii.

Astfel, exercițiile respiratorii sunt axate pe înlăturarea spasmelor de la nivelul bâlbâielii și reintroducerea fluenței în vorbire. Pentru aceasta, subiectul trebuie învățat să evite expulzarea întregului aer din plămâni din primele momente ale discursului verbal și să păstreze o anumită rezervă pentru a putea continua fără să apară întreruperi ce dereglează cursivitatea și fluența. În acest sens, emiterea prelungită sau cântată a unor sunete, silabe și cuvinte, în decursul unei singure expirații, poate contribui la obișnuirea subiectului cu nevoia de reîncărcare ritmică a plămânului, prin inspir, pentru continuarea desfășurării verbale. Prin adaptarea respirației la emiterea verbală se realizează și o sincronizare a mișcărilor abdominale și ale toracelui cu nevoile de fonație caracteristice sexului căruia îi aparține subiectul. De aici rezultă și faptul că exercițiile respiratorii trebuie adaptate în funcție de tipul perturbator, nivelul disfluențelor și al lipsei de ritmicitate, gradul de persistență a obișnuințelor negative și nu în ultimul rând, măsura în care antrenarea musculaturii abdominale și costo-toracale este antrenată în respirație, fără să respecte caracteristicile specifice sexului. Importanța acestor exerciții respiratorii în terapia bâlbâielii justifică preocupările unor autori, cum ar fi Celsius, ce încă de la începutul erei noastre menționează că economisirea aerului din timpul vorbirii este o condiție fundamentală pentru continuarea ei fără perturbări, apoi Avicena, secolul al IX-lea,

subliniază varietatea exercițiilor respiratorii necesare înlăturării spasmelor, iar în secolul trecut, s-a remarcat, printre alții, Gutzmann (1924), Fröeschels (1931), Hvatțev (1959) și ulterior, majoritatea specialiștilor în terapia logopedică subliniază rolul unor astfel de exerciții respiratorii, fie în lipsa vorbirii, fie în asociere cu acțiunea verbală pentru adaptarea respirației la fonație, la ritmicitatea și fluența verbală.

2.4. Terapia comportamental-cognitivă

Dincolo de importanța și eficacitatea metodelor și procedeelor subliniate mai sus, reiterăm ideea că în terapia modernă a bâlbâielii tot mai mulți specialiști-practicieni pun accent pe terapiile comportamental-cognitive care nu exclud metodele tradiționale, pentru că ele pot servi acestui scop. Deși terapiile comportamental-cognitive sunt dificil de departajat în practica logopedică, ele pot fi analizate, din punct de vedere didactic, separat, ca ulterior să subliniem caracterul lor integrator, deoarece ambele au la bază teoriile învățării și vizează un scop comun și anume acela de a înlătura sau reduce dificultățile comportamentale și cognitive, mai cu seamă că între cele două componente există o strânsă legătură.

Terapia comportamentală este destinată, așa cum subliniază Juliette de Chassey și Sylvie Brignone (2008), să reducă suferințele psihice ale subiectului pentru a se putea racorda la comportamente adaptabile în mediul înconjurător. Se consideră că, așa cum învățăm încă din ontogeneza timpurie (prin imitație), tot așa putem să ne debarasăm , să „dezvățăm" unele comportamente care nu duc la adaptare. De aici, rezultă că un comportament capătă o semnificație asertivă, atunci când acțiunile ce îl compun se află într-o interacțiune care duce la înlăturarea dezadaptărilor la mediu. Endler și Magnusson (1989), citat după J. de Chassey și S. Brignone sunt de părere că în lumea contemporană interacționismul dintre indivizi se produce sub forma următoarelor aspecte:

- comportamentul este un proces continuu de reacții între individ și situația cu care se confruntă;
- individul este un agent activ în procesul de interacțiune;
- factorii cognitivi devin agenți determinanți ai comportamentului persoanei care interacționează;

- semnificația psihologică a situației se constituie, pentru individ, într-un factor cauzal esențial.

Comportamentul presupune prezența unui stimul și al unui răspuns, în care sistemul nervos joacă rolul de mediator. Prin repetarea acestui proces se ajunge la obișnuință, ce implică învățarea. Dacă obișnuințele sunt neadecvate, ele se pot dezvăța, fapt urmărit prin terapia comportamentală. În genere, terapia comportamentală nu este interesată în mod deosebit de evenimentele anterioare prin care a trecut subiectul în etapele de viață, ci mai cu seamă de ceea ce este „aici" și „acum", tocmai pentru a-l putea orienta și centra pe înlăturarea sau ameliorarea dificultăților comportamentale. Astfel, se are în vedere deconditionarea anxietății și desensibilizarea față de unele trăiri afectiv-emoționale care provoacă eșecul și blocajul comunicării. Se poate folosi atât condiționarea clasică, cât și condiționarea operantă pentru modificarea comportamentelor, dar spre deosebire de prima formă, prin care individul răspunde printr-o reacție fiziologică la o situație dată, în condiționarea operantă are avantajul că subiectul acționează nemijlocit asupra mediului în care trăiește și învață din consecințele răspunsului la stimul.

Terapia cognitivă este centrată pe cunoașterea și înțelegerea (asimilarea) informației pentru a putea evita vulnerabilitatea subiectului și a stăpâni autocontrolul emoțional. Interesant este faptul că terapia cognitivă pornește de la un postulat observabil empiric și anume că o bună parte din trăirile noastre legate de suferințele psihice, cum sunt spaimele, temerile, frustrațiile, lipsa de siguranță etc. sunt un rezultat al felului în care noi interpretăm realitatea și pot să ne reflecte o situație reală. De multe ori așteptările noastre față de noi și față de lume sunt mai mari sau nerealiste și ne vine greu să acceptăm situațiile așa cum se prezintă ele. Atunci gândurile sau imaginile noastre generează emoții și sentimente care nu se pot confrunta cu realitatea, iar individul le amplifică și le dramatizează. În acest context, sunt importante schemele noastre cognitive și experiența dobândită încă din ontogeneza timpurie și care, în fapt, stă la baza acestor scheme cognitive. Ca atare, percepem realitatea în funcție de aceste aspecte și elaborăm comportamente de un anumit tip care pot fi adaptabile sau neadaptabile.

Terapia cognitivă este menită să faciliteze subiectului manifestarea gândurilor care declanșează și fixează emoțiile generatoare de comportamente care îi produc suferințe și care trebuie

modificate (Cottraux, 1992). Astfel, terapeutul va urmări schimbarea stilului de gândire negativ (automatizat, uneori) într-o gândire pozitivă cât mai apropiată de realitatea ce trebuie acceptată.

Integrarea terapiei comportamentale și cognitive, în demersul general al terapiei logopedice, semnifică cursul firesc al activității recuperativ-corective în tulburările de ritm și fluență ale vorbirii, întrucât modificările comportamentale la nivel uman nu se pot produce în afara adoptării unui anumit stil de gândire, apropiat de situația reală în care trăiește subiectul, iar odată ce sunt schimbate anumite comportamente acceptate de subiect și care convin adaptării, ele influențează gândirea acestuia și creează o nouă fază în sistemul său cognitiv. Terapeutul îl ajută pe subiect să înțeleagă informațiile legate de comportamentele sale dificile, modul cum acestea au apărut, dar și gândurile și emoțiile pe care le generează. Pe bună dreptate, Cottraux (1998) subliniază că nu pot fi limitate comportamentele umane numai la mișcările corpului, căci ele presupun pe lângă reacții exterioare (deschise) și reacții interioare (ascunse), dintre care:

- răspunsuri motrice verbale și fiziologice;
- emoții și afecte cu încărcătură fiziologică, în funcție de situație;
- imagini mentale;
- percepții și memorarea unor situații;
- concentrarea atenției asupra unor aspecte și formarea de opinii.

„Modelul tridimensional al omului", invocat frecvent de cognitiviști, cuprinde o latură afectivă (prin sublinierea importanței și a rolului emoțiilor), o latură cognitivă (prin care evidențiază evoluția și rolul gândurilor sau a imaginilor mentale) și o latură comportamentală (prin care se pune accent pe nașterea diferitelor tipuri de comportamente, în funcție de situație și de sistemul de gândire).

Rezultă, așadar, că demersurile terapeutice trebuie să înceapă, în primă etapă, odată cu asigurarea unui climat favorabil în familie și în colectivitățile din care face parte logopatul, astfel încât acesta să capete încredere în înțelegerea celor din jur, să se simtă confortabil, din punct de vedere psihic, pentru a nu se fixa pe ideea că el este diferit de ceilalți. Nu este bine să se facă nici un fel de observații sau ironii cu privire la dificultățile sale, pentru a nu fixa bâlbâiala și a nu produce încordări și neliniște sau teamă față de vorbire, față de impactul acesteia asupra auditoriului. În etapa următoare,este necesar să îl facem pe subiect să fie convins că este acceptat de cei din jur și că dificultățile sale sunt manifestări trecătoare care vor dispărea printr-un efort voluntar. În fine, în a treia etapă, este necesar să-l convingem să accepte un ajutor calificat, ca prin intermediul terapiei logopedice să grăbim procesul de dezvoltare a vorbirii fluente, cursive și eficiente, pentru o comunicare complexă și normală. Dar progresele sale, pe direcția îmbunătățirii comunicării verbale, sunt mai eficiente atunci când este motivat pentru activitățile terapeutice și depune un efort constant pe parcursul încadrării și participării active la aceste programe de reabilitare și dezvoltare a vorbirii.

Capitolul VI

FUNCȚIONALITATE ȘI DISFUNCȚIONALITATE ÎN REALIZAREA VOCII

Ne aflăm pe un teren destul de alunecos, deoarece tulburările de voce rămân, încă, prea puțin elucidate, iar părerile contradictorii ale specialiștilor sunt legate atât de aspectele generale și definitorii, cât și de prevenția acestora și metodologia corectiv-recuperativă. Cu toate că tulburările de voce au făcut obiectul atenției și preocupărilor medicilor, logopezilor, psihologilor și pedagogilor în decursul timpului, și mai cu seamă în a doua decadă a secolului XIX și prima decadă a secolului XX progresele în studiul lor nu au fost nici pe departe pe măsura așteptărilor, mai ales în terapia lor.

Vocea umană a impresionat prin frumusețea și diversitatea ei, de la un om la altul, ceea ce l-a făcut pe Aristotel să afirme că „vocea este oglinda sufletului" în funcție de care, și azi, unii ne sunt simpatici sau mai puțin simpatici, iar din judecățile noastre despre valoarea unui individ nu lipsesc aprecierile cu privire la calitățile sale vocale. S-a observat, din cele mai vechi timpuri, că vocea este constituită din sunete produse prin activitatea laringelui, a aparatului respirator și a componentelor bucale, dar în unele perioade ale timpului, funcționalitatea acestora era dificil de explicat științific. Limitele unei explicații riguroase erau suplinite prin acțiunea unor forțe divine care aveau darul de a înzestra unele persoane cu calități vocale deosebite, în timp ce pe altele care erau vinovate de săvârșirea de păcate , bolile vocii îi puteau urmări la tot pasul. Tulburările de voce, determinate atât de patologia unor organe, cât și de unii factori psihologici și de mediu au reținut tot mai mult atenția specialiștilor, astfel încât au stat la baza constituirii unui nou domeniu științific denumit foniatrie.

Bazele acestui nou domeniu au pornit de la Albert Gutzmann care era profesor la un institut pentru suro-muți din Berlin și publică o carte despre bâlbâială și metodele folosite pentru înlăturarea ei (1879), în care face și referiri semnificative la tulburările de voce. Opera sa a

fost continuată de fiul acestuia, Hermann Gutzmann, care s-a specializat în medicină și, la absolvire (1905), își susține dizertația cu tema „Tulburările de vorbire ca obiect al învățământului clinic", având un impact nemijlocit în constituirea foniatriei. Ulterior, acest subiect a fost reluat și dus mai departe în cursurile universitare atât pentru profesori, cât și pentru medici. Cu contribuții nu mai puțin importante la studiul tulburărilor de voce și vorbire s-au remarcat foneticienii (Panocelli-Calzia, Wethlo), laringologii (Nadoleczny, Seeman, Shilling) situați pe orientarea medicală berlineză, dar și aportul semnificativ al școlii vieneze cu o orientare predominant psihologizantă (Fröschels).

Termenul de foniatrie a fost dat de Hugo Stern, în 1920, prin sublinierea că obiectul de studiu al acestei noi discipline îl constituie tulburările de voce în relație cu tulburările de vorbire. Emil Fröschels a sesizat, în mod justificat, că unele abordări din foniatrie se intersectează cu cele din logopedie, ceea ce poate genera dispute pe tematicile comune din partea specialiștilor cu orientare predominant logopedică sau foniatrică. Astfel, la primul Congres Internațional de Logopedie și Foniatrie, ținut la Viena, în 1942, Fröschels insistă pe găsirea punctelor comune în studiul terapiei tulburărilor de voce pentru că cele două domenii, logopedia și foniatria, nu pot fi delimitate tranșant printr-o linie de demarcație.

Fără a nega importanța foniatriei în studiul tulburărilor de voce, nu putem trece peste sublinierea că logopedia are un spectru mult mai larg (precizat în primul capitol al Tratatului nostru, vol. I), cuprinzând toate tulburările de limbaj și de comunicare, inclusiv impactul acestora asupra comportamentului și a personalității subiectului. Tulburările de voce nu pot lipsi dintr-o tratare logopedică, dar perspectiva predominantă a abordării este cea psihopedagogică și fără a neglija unele trimiteri medicale care pot contribui la înțelegerea acestor fenomene complexe.

Impulsul acestor preocupări s-a bazat pe observarea faptului că tulburările de voce au o incidență crescută la persoanele care, prin profesia exercitată, sunt nevoite să folosească excesiv vocea prin intensitate și durată în timp, așa cum este cazul cântăreților de operă și operetă, a ofițerilor care instruiesc soldații în aer liber sau a profesorilor și oratorilor. Emoțiile trăite intens de unii dintre aceștia în fața publicului auditor amplificau fragilizarea vocii alături de suprasolicitarea ei constantă. Unele boli ale organelor fonației și respirației netratate eficient sau la timp completau tabloul etiologic al

tulburărilor de voce, iar terapia acestora era diminuată de numărul redus de specialiști în domeniu și de lipsa unei metodologii corectiv-recuperative bazată pe o concepție unitară și verificată în practica logopedică.

Un asemenea cadru, corelat și cu limitele unor științe conexe studiului acestor fenomene, nu a contribuit la realizarea de progrese spectaculoase în cunoașterea tulburărilor de voce, fapt ce se resimte și în zilele noastre

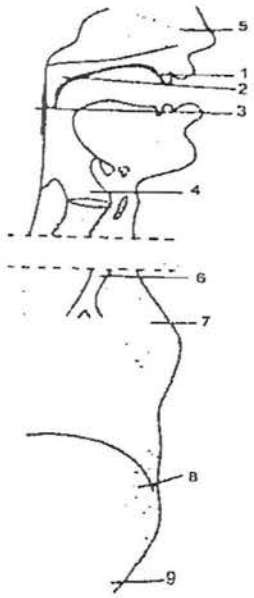
1. Definirea și examinarea vocii

Vocea, sau fonația, prezintă o serie de caracteristici specifice umanului ce îl diferențiază pe om de toate celelalte ființe atât prin calitățile acesteia, cât și prin elementele organice și funcționale care participă în realizarea ei. Astfel, prin intermediul fonației, se produc sunete realizate de suflul respirator ce antrenează mișcările laringiene și ale formațiunilor bucale în care se remarcă vibrația coardelor vocale de o anumită factură și sincronizare dependentă de controlul centrului nervos superior. Vocea se concretizează în sunete, ce se produc la nivelul laringelui odată cu vibrarea coardelor vocale prin presiunea aerului pulmonar, iar în cavitatea bucală are loc o rezonanță a sunetelor ce imprimă un grad specific de armonie și modulare după care se apreciază o serie de calități ale acestora. Treptat, de la sunetele simple se ajunge la sunete complexe ce posedă însușiri de tipul intensității, înălțimii și a timbrului, mai mult sau mai puțin armonice sau dizarmonice. Prin urmare, vocea este produsă de aparatul fonator constituit dintr-o unitate de elemente neuro-musculare ce funcționează prin coordonarea segmentului cerebral, în care sincronizarea vibratorului laringian, a suflului pulmonar și a rezonatorului faringo-bucal în relație strânsă cu aparatul auditiv este dependentă de starea de sănătate a acestor elemente și de calitatea controlului centrului cortical al fonației.

Pe bună dreptate, D. Carantină (2004) subliniază că în cadrul acestei relații participă trei formațiuni absolut necesare pentru producerea vocii:

1. Formațiunea energetică, ce se referă la mecanismul fonator activat de mișcările produse de aerul inspirat și apoi expirat, prin intermediul plămânilor ca urmare a contracțiilor musculare abdominale și intercostale;
2. Formațiunea generatoare, ce cuprinde glota și coardele vocale care contribuie la realizarea vibrațiilor sonore;
3. Formațiunea rezonatoare, formată din vestibulul laringian, faringe, cavitatea bucală și cavitatea nazală, care, prin conlucrarea lor, contribuie la crearea unor caracteristici distincte și diferențiatoare ale vocii.

O prezentare sumară a aspectelor anatomice și fiziologice ale principalelor formațiuni care participă la realizarea fonației este justificată de nevoia de a înțelege mai bine complexitatea producerii vocii și a instalării unor însușiri și calități vocale ce îi diferențiază pe oameni sau pot chiar imprima dificultăți patologice ori de patologie marginală cu caracteristici mai mult sau mai puțin dezagreabile.



Plăjile și regiunile principalelor sensibilități interne fonatoare

Plăjile 1,2 și 3 – palatală anterioară, palatală posterioară sau sau velară și faringiană posterioară (interoceptivă, extrem de slabă). Regiunea 4 – laringiană (proprioceptivă, extrem de slabă). Regiunea 5 – nazofacială (palestezică). Regiunea 6 – traheală (interoceptivă difuză, slabă). Regiunea 7 – toracică (palestezică). Regiunile 8 și 9 – centurile abdominală și pelviană (kinestezice)

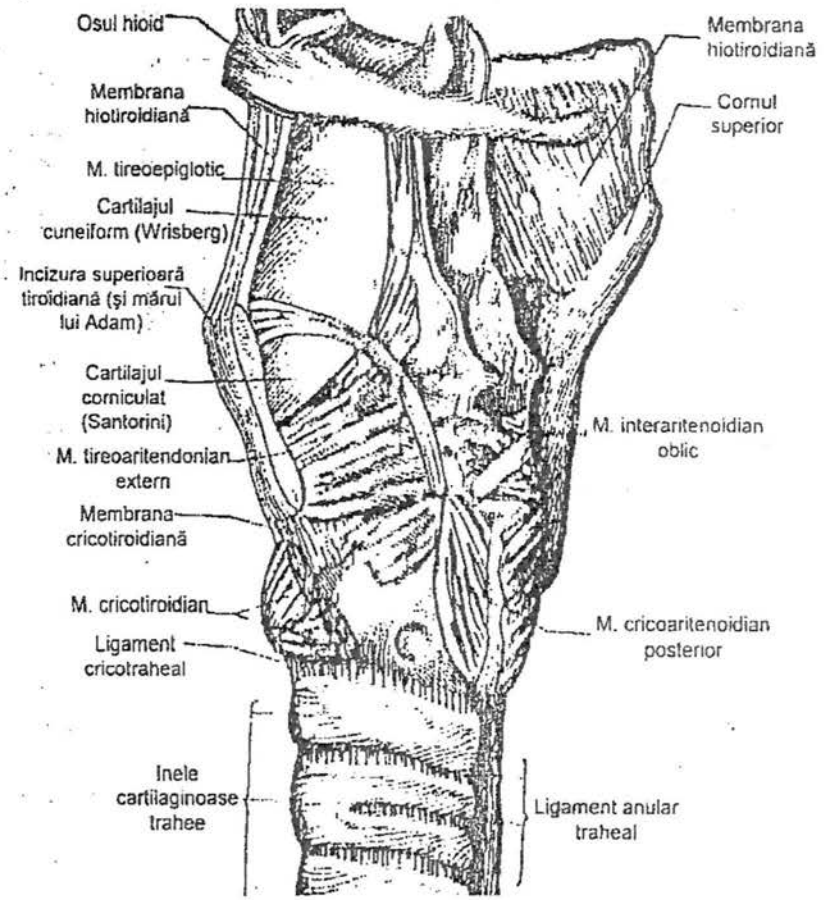
În acest context, *laringele* este organul vibrator și are o construcție diferită de la om la animal, dar diferită și în funcție de vârstă, de sex și la nivelul dezvoltării fizice. Astfel, la copil dimensiunea laringelui este mai mică decât la adult, iar în pubertate se produc modificări dimensionale în diametrul laringelui ce sunt mult mai accentuate la băieți față de fete, în timp ce și corzile vocale sunt mai scurte la acestea, comparativ cu băieții. Și la vârstele adulte se mențin aceste caracteristici în funcție de sex, de unde vocile înalte sunt specifice laringelui mic, iar vocile grave se produc în laringele mare (Șt. Gârbea și M. Pitiș 1978). Această situație este generată și de modul în care se formează și se dezvoltă, încă din ontogeneza timpurie, a elementelor ce constituie laringele (cartilagii, articulații, ligamente) și al aparatului vasculo-nervos și al musculaturii care dimensionează atât volumul formațiunii laringiene, cât și funcționalitatea fonatorie în diferitele etape de evoluție a omului.

Din punct de vedere anatomic, laringele are în componența sa mai multe elemente (Șt. Gârbea și G. Cotul 1967) ce îndeplinesc funcțiuni specifice fiecărui element, dar care se corelează cu activitatea celorlalte încât influențează unitatea funcțională a laringelui. Aceste elemente sunt:

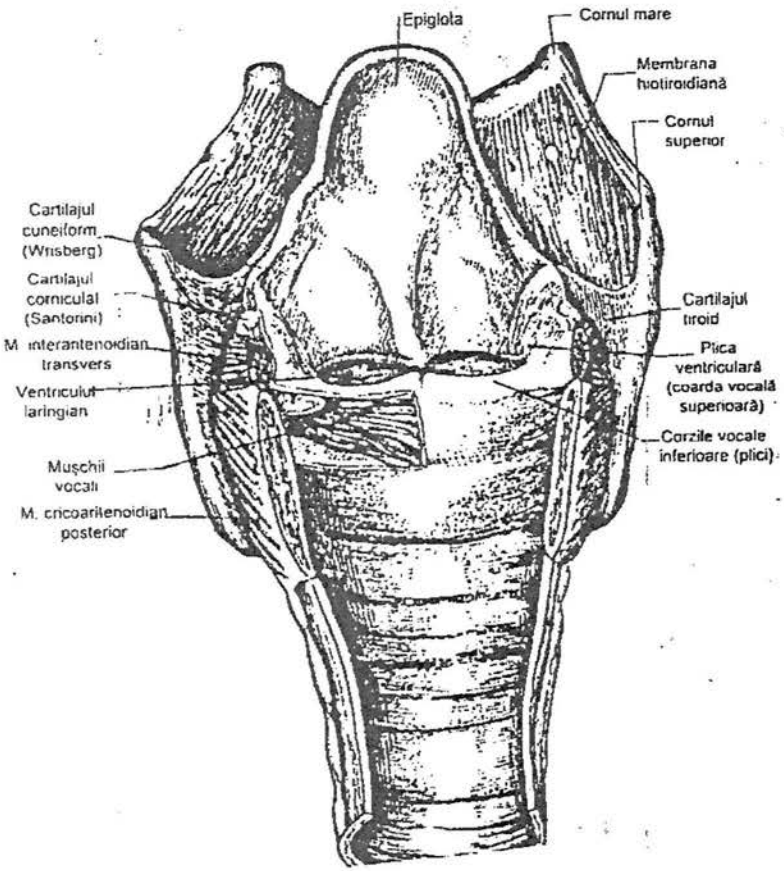
1. **Scheletul cartilaginos sau laringian** cuprinde trei cartilaje neperechi:
   a. Cartilajul epiglotic (epiglota), care are formă lamelară, subțire și elastică ocupând locul de deasupra comisurii anterioare a corzilor vocale;
   b. Cartilajul tiroid, care este fixat pe cartilajul cricoid și este format din două lame ce se unesc și se îndepărtează, formând tubul laringian;
   c. Cartilajul cricoid, ce are o formă inelară și alcătuiește partea inferioară a laringelui, iar deasupra sunt fixate cartilajele aritenoide și cartilajul tiroid.
2. **Articulațiile și ligamentele** unesc cartilajele laringiene și contribuie la facilitarea mișcărilor de translație laterală și de apropiere de linia mediană, ca și a celor de rotație pe axul vertical astfel încât joacă un rol foarte important din punct de vedere fiziologic.
3. **Musculatura laringelui** prezintă importanță atât pentru respirație, cât și pentru fonație.

Coardele vocale superioare și cele inferioare delimitează cavitatea laringiană în trei etaje: etajul superior, etajul glotic și etajul inferior (subglotic).

Componenta facială joacă și ea un rol important în producerea fonației și cuprinde două segmente, aparatul respirator (nazofaringele), format din regiunea nazală, fosele nazale, faringele nazal și aparatul digestiv (bucofaringele) ce se compune din regiunea labială, regiunea palatină, limbă, arcadele dentare, faringele bucal și regiunea amigdaliană.



Laringele – vedere laterală



Laringele secționat posterior

Aparatul respirator și fonator este susținut de coloana vertebrată, care, prin adoptarea poziției corecte, asigură o bună ventilație și fonație, iar în condițiile când se produc deformări sau abateri de la normalitate a acesteia apar dificultăți respiratorii. Scheletul axial al coloanei vertebrale are o lungime de 70-75 cm și se compune din 33-34 vertebre, din care 7 sunt vertebre cervicale, 12 vertebre toracale, 5 lombare, 5 sacrale și 4-6 coccigiene.

Coloana vertebrală se dezvoltă și se consolidează pe parcursul vieții și se atinge maturitatea deplină la vârstele adulte, iar la vârstele înaintate capătă unele fragilizări ce pot face dificilă respirația astfel încât afectează fonația. În producerea fonației, un rol important îl are și tipul de respirație. Noi ne-am referit la tipul de respirație caracteristic sexului (vezi primul volum al Tratatului; analiza metodelor și procedeelor generale pentru corectarea tulburărilor de limbaj), dar în interiorul celor două tipuri raportate la sex se pot descrie și alte componente respiratorii de care trebuie să se țină seama atât în medicina foniatrică, cât și în logopedie pentru terapia tulburărilor de voce. În acest context, C.I. Bogdan (2001) subliniază diversitatea tipurilor de respirație în concepția unor autori care s-au raportat la acestea în analiza fonației normale și patologice. Astfel:

L. Dimitrev (1968) descrie patru tipuri de respirație în care performanțele profesionale ale cântului nu depind de un tip respirator sau de altul, ci de cu totul alți factori:

- Respirația abdominală sau diafragmatică;
- Respirația toraco-abdominală sau costală sau costală inferioară și diafragmatică;
- Respirația toraco-abdominală sau costo-abdominală;
- Respirația costală sau toracică superioară.

J. Perrelo (1972)distinge trei tipuri:

- Respirația costală superioară sau claviculară (specifică sexului feminin);
- Respirația abdominală sau diafragmatică;
- Respirația costo-abdominală (foarte importantă pentru fonație).

A. Brănescu (1978) se referă la trei tipuri de respirație:

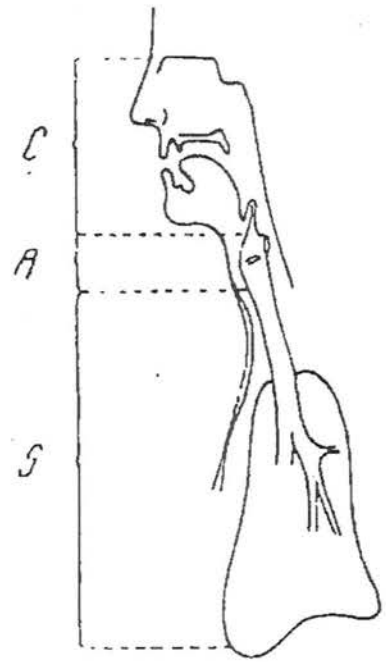
- Respirație costo-abdominală profundă (foarte importantă pentru cânt);
- Respirația predominant costală;
- Respirația predominant abdominală.

J. Wendler și W. Seidner precizează prezența a patru tipuri respiratorii:

- Respirația humerală sau claviculară;
- Respirația toracică sau claviculară;
- Respirația abdominală;
- Respirația dorsală.

Integritatea acestor elemente și un anumit raport de echilibru între respirație și fonație joacă un rol indispensabil în emiterea corectă a vocii, iar afectarea acestora determină instalarea unor caracteristici cu semnificații în patologia vocii. Din acest context nu poate fi

neglijată nici importanța traheii, bronhiilor și a plămânilor care asigură funcționalitatea aparatului respirator implicat, în egală măsură, în producerea vocii. Centru cortical, prin impulsurile motorii transmise coardelor vocale, reglează activitatea laringelui, a suflului pulmonar și al rezonatorului faringo-bucal în funcție de producerea fonației de o anumită calitate prin manifestarea vocii vorbite sau a vocii cântate.



Efectorul periferic al fonației: S – etajul respirator; R – etajul vibrator; C – etajul rezonator.

Prin vibrarea corzilor vocale, odată cu închiderea și deschiderea glotei sub influența aerului venit de la plămâni, se formează vocea ce se manifestă sub forma unor sunete. Cavitățile de rezonanță imprimă sunetelor anumite armonice și vocii o anumită tonalitate ceea ce le conferă trei însușiri de bază: ***înălțime, intensitate și timbru***. Prin emiterea sunetelor grave și acute se constituie înălțimea și tonul vocii, diferite de la un om la altul în funcție de

tensiunea coardelor vocale, de lungimea și forma acestora care dau o anumită frecvență a vibrațiilor undelor sonore pe secundă. Când coardele vocale sunt mici și subțiri ele vibrează mai frecvent astfel încât generează sunete înalte, iar când coardele vocale sunt lungi și groase, vibrarea lor este mai redusă determinând sunetele grave. Intensitatea sunetului (măsurată în decibeli) este determinată de amplitudinea vibrării coardelor vocale, amplitudine ce este dependentă de nivelul respirator în care mușchii respiratori și ai glotei facilitează un anumit tip de elasticitate pulmonară. Intensitatea vocii devine obositoare pentru individul care o exprimă și deranjantă, pentru auditor, când ea depășește anumite limite de solicitare a coardelor vocale sau supune la un efort supărător aparatul auditiv al interlocutorului. Practic, intensitatea (forța) vocii este, în principal, dependentă de plămâni, timbrul plăcut este dat de cavitățile de rezonanță, iar înălțimea este dată de laringe.

Timbrul vocal este deosebit de important pentru că definește și semnifică deosebirea dintre sunete, fiind o calitate vocală specifică fiecărui individ. Acesta poate varia nu numai în raport cu anatomia și fiziologia organelor care participă în realizarea fonației ci și de starea psihică a persoanei, de gradul de oboseală, de condițiile de mediu în care se desfășoară vorbirea (mediul fizic, sală cu o anumită acustică, mediul psihosocial, perceperea și raportarea la auditoriu etc.), dar chiar și în raport de poziția fizică pe care o adoptă pe parcursul vorbirii. Spre exemplu, se produce o serie de modificări în conformația laringo-faringiană, în modul de vibrare a coardelor vocale, a elasticității respiratorii pulmonare ca urmare a unei anumite poziții a corpului și mai ales a capului în timpul vibrării. O anumită poziție imprimă o anumită desfășurare a sunetelor în registre diferite, cum este registrul înalt, când capul este ridicat și registru grav, când capul este aplecat cu bărbia în piept. Un orator experimentat poate adopta astfel de poziții corporale pentru a imprima o anumită calitate vocală în vederea producerii unui anumit efect asupra auditorului dar și în vederea unei treceri armonioase de la un timbru la altul pentru o percepere cât mai plăcută din partea ascultătorului. Totuși, timbrul verbal este diferit și în funcție de caracteristicile fonematice ale sunetelor emise în fiecare limbă. De aici se formează o muzicalitate proprie limbii respective pe care și-o formează odată cu achiziția limbajului încă din ontogeneza timpurie. În felul acesta, copilul achiziționează foneme ca unități ale caracteristicilor fonematice ale sunetului și ele devin, cu timpul, tot mai complexe. Exersarea de către

copil a folosirii acestor foneme facilitează nu numai pronunţia, dar şi înţelegerea vorbirii şi contribuie la crearea de automatisme în mânuirea intensităţii, înălţimii şi a timbrului vocal.

Prin urmare, de câte ori ascultăm pe cineva vorbind sau cântând, noi facem o primă evaluare, cu intenţie sau fără intenţie, a calităţilor fonice în care luăm în consideraţie o serie de aspecte ce ţin de înălţime, intensitate, timbru şi durată din care nu lipsesc modificările sau abaterile de la normalitate. Astfel, înălţimea intonaţiei poate creşte peste medie în vocea eunucoidă, în disfonia spastică, în perversiuni vocale şi coboară în insuficienţele vocale ale aparatului vocal de tip inflamator, în dereglările neuropsihice sau neuromusculare. În vocea vorbită, intensitatea variază între 20-60 db., iar în vocea cântată puternic, intensitatea poate ajunge la 120 db (Gârbea, Pitiş – 1978). Modificările intensităţii sunt determinate de factorii centrali şi periferici (cum este cazul presiunii subglotice). În timiditate, trac, slabă voinţă, hipertiroidism etc., se produce o scădere a intensităţii vocii, iar în hipersuprarenalism, parasimpaticotonie, hiperreflectivitate etc, are loc o creştere a intensităţii vocii.

La orice individ, se poate realiza un timbru diferit în funţie de poziţia laringelui şi de modul de adaptare a cavităţilor de rezonanţă. În utilizarea defectuoasă a aparatului vocal, armonicile variază foarte mult, astfel pot provoca tulburări ale timbrului vocal, iar prin dereglarea funcţiei respiratorii sau ocluziei glotice se poate modifica durata vocii în cântat. Se poate uşor constata că în numeroase afecţiuni, cum sunt sinuzitele, rinitele, amigdalitele, faringitele, traheobronşitele, anemiile, bolile pulmonare, hipertensiunea arterială, nodulii corzilor vocale, oboseala organelor vocale, afecţiunile sistemului nervos etc., se produc modificări de o anumită proporţie ale sonorităţii şi calităţii vocii. În cadrul diagnozei, logopedul trebuie să facă distincţia între tulburările vocii produse de o etiologie organo-funcţională (în care colaborarea cu medicul specialist este absolut necesară) şi cele determinate de o etiologie neuropsihică, în care poate avea un rol semnificativ prin intervenţiile sale. În acest context, este important să reţinem precizarea lui Şt. Gârbea potrivit căreia atunci când se pierde vocea cântată şi rămâne integră vocea vorbită, poate fi vorba de o atingere corticală, iar dacă are loc o tulburare a vocii vorbite şi se păstrează vocea cântată cauza poate fi mai degrabă o patologie subcorticală. De aici şi ideea de a stabili în ce măsură tulburarea ce apare este secundară unei afecţiuni a comportamentului fonator sau aceasta este primară având o determinare nefonatoare.

Deşi a rezultat că ştim multe lucruri despre voce, ea rămâne încă greu de definit cu rigoare ştiinţifică, deoarece complexitatea vocii umane presupune o serie de elemente care fac dificilă cuprinderea lor sintetică. A rămas celebră afirmaţia lui Sundberg (1987) potrivit căreia „pare că noi ştim exact ce înţelegem prin cuvântul voce atâta timp cât nu încercăm să-l definim".

Analizând, ierarhic, procesul fonaţiei se constată că jetul de aer venit de la plămâni traversează corzile vocale pe care le face să vibreze şi, astfel, se produce sunetul. Sunetul respectiv suferă modificări odată cu trecerea sa prin cavitatea faringo-bucală şi se transformă la nivelul buzelor în vocea pe care o auzim. Dar nu toate sunetele pe care le emite organul fonator, cum sunt şoptitul, râsul, dresul glasului, constituie propriu-zis sunete ale vocii (Bogdan, 2001), iar când se emit în mod simultan două sunete se ajunge la tulburarea vocii care poate avea cauze diverse (existenţa polipilor, paralizia corzilor vocale).

Prin urmare, vocea este formată din sunete şi este proprie fiecărui individ dar diferă în funcţie de sex, de vârstă şi de originea geografică a individului. Astfel, sunetele emise diferă de la o limbă la alta, iar în această diferenţiere tocmai timbrul vocal îi imprimă caracteristica diferenţiatoare. Aspectele ce diferenţiază sunetele printr-un timbru specific sunt sesizate de analizatorul auditiv în urma câştigării unei anumite experienţe acumulate de către copil în ontogeneza timpurie. Raportat la caracteristicile fonematice ale limbii respective, sunetul capătă denumirea de fonem.

Tarneaud (1961) raportează activitatea vocală la fenomenul de producere a tulburărilor neuromusculare ale vocii şi formulează trei legi fundamentale ce guvernează acest fenomen:

1. prima lege exprimă modul unitar de funcţionare a organelor fonatoare, ceea ce semnifică că atât vocea vorbită, cât şi vocea cântată funcţionează pe baza unei activităţi adecvate a suflului pulmonar, a vibratorului laringian şi a rezonatorului faringo-bucal în care componenta neurologică joacă un rol decisiv;
2. legea unităţii în funcţionalitatea organelor fonatoare şi starea de sănătate generală a individului, ceea ce înseamnă că o dereglare a stării de sănătate poate produce efecte negative asupra calităţii funcţiilor vocale;
3. legea exprimării relaţiei nemijlocite dintre ureche, centrii auditivi centrali şi manifestarea vocală. Aceasta

înseamnă că relația se stabilește în mod direct între recepția auditivă, factorii ereditari, educaționali, endocrini, antrenamentul experiențial etc., astfel încât facilitează, mai mult sau mai puțin, un control central (al creierului) asupra expresiei calitative a sunetelor manifestate prin înălțime, intensitate și timbru.

Orice perturbare a acestor condiții determină fenomene ce se înscriu în patologia vocală și ele cresc în raport direct proporțional cu afectarea funcțiilor și raporturilor acestora de desfășurare sincronă a activității.

2. *Explicarea fonației*

Din cele de mai sus rezultă că specialiști din domenii diferite au manifestat un interes aparte pentru explicarea fonației. Cu această ocazie a fost vehiculată o serie de idei interesante și valoroase, iar unele dintre acestea și-au dovedit viabilitatea și în zilele noastre, deși au fost elaborate cu mult timp în urmă. Tocmai acestea au stat la baza constituirii unor teorii ale fonației la care facem referiri în continuare.

2.1 Teoria mecanică

Încă din secolul al XVII-lea, Antonie Ferrein a demonstrat rolul laringelui în producerea vocii precizând importanța corzilor vocale care vibrează asemănător corzilor unui instrument muzical, ca urmare a presiunii curentului de aer. Același autor face aprecierea că înălțimea sunetului emis este determinată de tensiunea corzilor vocale. Ulterior, o serie de autori compară corzile vocale cu niște lamele ce intră în vibrație sub presiunea aerului expirat. Înălțimea sunetului este mai mare când tensiunea corzilor vocale crește, dar aceasta se reduce când corzile vocale sunt mai lungi.

Teoria mecanică a fost experimentată și susținută de numeroși autori care au adus argumente suplimentare în sprijinul ei.

2.2. Teoria mioelastică a lui Ewald

Urmărirea mișcărilor corzilor vocale a fost posibilă odată cu descoperirea oglinzii laringiene de către E. Garcia încă din 1855,

astfel încât laringoscopia a devenit o metodă atractivă de studiu. Ulterior, în 1878, M.J. Oertel descoperă stroboscopul ce permite examinarea vibrațiilor corzilor vocale.

Pornind de la rezultatele obținute prin aceste mijloace de investigare a laringelui, în 1898 Ewald elaborează teoria mioelastică menită să explice activitatea funcțională a aparatului fonator la care iau parte mecanisme cu un înalt grad de complexitate. Prin teoria sa, Ewald demonstrează că, în principiu, corzile vocale vibrează orizontal, cu toate că la sunetele grave se produce și o vibrație verticală. Dar vibrarea corzilor vocale nu duce la menținerea echilibrului dintre tensiunea acestora și presiunea subglotică pentru că, inițial, corzile vocale închid glota în timp ce suflul pulmonar determină o creștere a presiunii subglotice și, ca urmare, are loc o îndepărtare a corzilor vocale. Prin îndepărtarea corzilor vocale aerul ce se scurge prin orificiul glotic duce la scăderea presiunii subglotice după care glota se închide din nou prin mișcarea elastică a corzilor vocale reluând, astfel, ciclul funcțional. Frecvența fundamentală a sunetelor emise influențează, la rândul lor, și frecvența mișcărilor ciclice, iar amplitudinea este determinată de presiunea mai mare sau mai mică a aerului.

Cu toate că teoria mioelastică are o importanță deosebită și aduce o contribuție remarcabilă la explicarea producerii fonației rămân, încă, o serie de aspecte ce trebuie elucidate pentru a putea avea o viziune de ansamblu, din punct de vedere normal și patologic, asupra complexității aparatului fonator. Ca urmare, a apărut o serie de precizări ale unor autori cu privire la rolul funcțional al componentelor care participă la realizarea fonației și chiar a unor noi teorii ce urmăresc să aducă noi precizări. În acest context se înscriu și teoriile la care ne vom referii în continuare.

2.3. Teoria neuro-cronaxică elaborată de R. Husson

După ce critică teoria lui Ewald, Husson (1950) vine cu o idee nouă în care precizează rolul și importanța zonelor cerebrale în producerea vibrațiilor corzilor vocale și care fac posibilă desfășurarea ritmică a acestora. Astfel, mușchii vocali se contractă ca urmare a influențelor și influxurilor nervoase, iar prin aerul care scapă prin glotă se ajunge la închiderea orificiului glotic. Ca urmare, aceste mișcări ritmice marchează frecvența cu care se produce emiterea

sunetelor de unde rezultă şi un nivel specific al înălţimii tonale fără să depindă de intensitatea sunetului căci aceasta din urmă este reglată de presiunea subglotică.

Dar aşa cum precizează C. I. Bogdan (2001, pag 73) „la început, teoria neuro-cronaxică a lui Husson a făcut multă vâlvă în lumea ştiinţifică. Treptat, însă, verificările experimentale cu tehnologii noi ale argumentelor aduse de Husson nu au confirmat ipotezele ce păstrează prioritatea de comandă nervoasă a actului vibrator.

Critica a vizat cele trei componente esenţiale ale teoriei:

- originea cerebrală a impulsurilor ritmice fonatorii;
- activitatea de conducere multifazată a recurentului;
- contracţia transversală a muşchiului trio-actenoidian la stimularea recurentului".

Pe baza acestor critici, au fost aduse completări teoriei lui Ewald care au dus la punerea bazelor unei noi teorii, denumită aerodinamică mioelastică completată, dar pe care o apreciem mai mult ca pe o precizare a unor idei interesante ce contribuie la extinderea teoriei mioelastice. În acest sens, sunt subliniate ideile care privesc capacităţile de funcţionare a componentelor ce participă la realizarea fonaţiei dintre care modul cum presiunea subglotică influenţează mişcările corzilor vocale, accentuarea rolului muşchilor laringieni în determinarea tensiunii vibraţiilor pentru emiterea sunetelor, poziţia şi mişcările corzilor vocale dimensionează calitatea şi intensitatea sunetelor ce se emit, o accentuare a conceperii complexităţii aparatului fonator a cărui funcţionalitate normală nu poate fi redusă la una sau două componente, cât şi la o viziune a unui tot unitar cu o anumită autonomie, dar şi dependenţă de reglajul de ansamblu al organismului care influenţează calitatea fonaţiei.

2.4. Teoria muco-ondulatorie a lui Perello

Încă cu mult timp înaintea lui Perello (1962) specialiştii au observat rolul important al mucoasei laringiene în producerea normală a vocii care prin mişcările sale ondulatorii, pe tot parcursul desfăşurării fonaţiei, influenţează calitatea acesteia astfel încât se poate evalua nivelul normalităţii produsului vocal. Pornind de la aceste consideraţii, Perello aduce în completare noi date care stau la baza formării teoriei muco-ondulatorie. Astfel, autorul respectiv observă că vibraţia corzilor vocale se produce ca urmare a ondulaţiei mucoasei ce le acoperă, care, pe timpul fonaţiei, se mişcă de jos în sus şi dinainte-înapoi. Astfel, unda se propagă de la subglotă, urcă şi traversează marginea coardei ca apoi să parcurgă faţa superioară şi dispare la intrarea ventriculului. Următoarea undă începe să apară înainte de pierderea completă a undei anterioare. Mişcările ondulatorii ale mucoasei sunt posibile ca urmare a presiunii aerului expirat şi cu cât această presiune de aer este mai intensă, cu atât creşte ritmul mişcărilor ondulatorii ale mucoasei laringiene. Dar ritmul de desfăşurare a mişcărilor ondulatorii ale mucoasei laringiene depinde şi de structura acesteia deoarece atunci când posedă calităţi de flexibilitate, laxitate şi umiditate crescute facilitează emisiunea vocală normală. Emisiunea vocală normală se perturbă atunci când apar unii factori nocivi care împiedică desfăşurarea obişnuită a mişcărilor ondulatorii ale mucoasei laringiene. Dintre aceşti factori negativi putem amintii următorii:

- condiţii defavorabile de climă, care pot provoca o uscăciune exagerată a mucoasei laringiene ce frânează mişcările acesteia;
- răcelile acute, localizate la nivelul laringelui, de tipul laringitelor, împiedică mişcările mucoasei şi pot duce la diminuarea vocii, la vocea răguşită, la disfonie sau chiar la afonie de durată în timp;
- apariţia unor modificări la nivelul structurii corzilor vocale (noduli, polipi) sau la nivel funcţional (hemoragii) provoacă, de asemenea, dificultăţi în emisiunea vocală normală;
- prezenţa unor fenomene de atrofiere a corzilor vocale afectează elasticitatea acestora şi participarea calitativă la emiterea vocii şi altele.

2.5. Teoria oscilo-impedanţială a lui Dejonckere

La baza acestei teorii stă o serie de idei ce privesc mişcările muşchilor implicaţi în actul fonaţiei. Astfel, autorul respectiv demonstrează că mişcările periodice ale muşchilor vocali nu au sursa de energie în impulsul nervos şi nici în activarea prin întinderea muşchilor asincroni – idee promovată de Prinple (1949) – şi conform căreia muşchii asincroni se contractă oscilator pe timpul unei sarcini reactive. Dejonckere susţine că sursa de energie ce generează

mişcările oscilatorii ale muşchilor vocali se bazează pe presiunea subglotică ce are o frecvenţă similară cu cea a sunetului care se emite. La rândul ei, vibrarea oscilatorie cu caracter armonic facilitează producerea presiunii subglotice de către forţa undei expiratorii, dar şi de modul în care aerul parcurge zona traheală.

În acest context, contează şi configuraţia fonatorie care poate facilita, mai mult sau mai puţin, deplasarea aerului traheal asigurând o anumită frecvenţă a oscilaţiilor asemănătoare cu mişcările rapide ale aripilor insectelor ca efect al caracterului impedanţei mecanice a elementelor vibrante, inerţia şi rigiditatea, iar vâscozitatea contribuie la amortizarea acestora.

Presiunea subglotică determină intensitatea sunetului şi amplitudinea vibraţiei ca şi timpul de închidere a ciclului vibrator.

Teoriile prezentate mai sus sunt cele mai cunoscute, dar explicarea fenomenului complex al fonaţiei nu se reduce numai la acestea deşi ele sunt importante şi îşi au un loc bine meritat în literatura de specialitate. Sunt mulţi alţi specialişti care, prin ideile vehiculate şi bazaţi pe tehnologia modernă de investigaţie a funcţionalităţii diferitelor componente ale aparatului fonator, îşi aduc o contribuţie fundamentată ştiinţific ce permite pe de-o parte, abordare activităţii sistemului vocal cu un grad de autonomie, iar pe de altă parte, conceperea funcţională a acestuia în dependenţă de ansamblul organismului, ocazie cu care se subliniază calitatea structurilor organice şi în special, rolul reglator al centrilor cerebrali şi al stării de sănătate psihofizică.

3. *Contribuţii moderne la explicarea fonaţiei*

Şcoala românească, prin aportul adus de Şt. Gârbea, M. Pitiş, G.Cotul, C.I. Bogdan şi alţii, se afirmă pe plan naţional şi internaţional atât prin idei originale, cât şi printr-o sinteză strălucită a contribuţiilor specialiştilor străini la explicarea mecanismelor producerii actului fonator în condiţii normale şi în patologia acestora.

În acest context, C.I. Bogdan subliniază că la producerea vocii participă patru factori determinanţi:

- presiunea subglotică, menită să deschidă glota prin forţa pe care o creează;
- elasticitatea corzilor vocale, ce permite închiderea glotei prin efectul de recul;

- mobilitatea mucoasei corzilor vocale;
- efectul legii lui Bernoulli.

Presiunea subglotică se realizează ca urmare a funcţionării cavităţii subglotice, fapt ce permite circulaţia aerului expirat între glotă şi trahee, iar când presiunea aerului este suficientă, acţionează cu putere asupra corzilor vocale, facilitând declanşarea vocii. Înainte de producerea vocii, glota este închisă prin efectul de adducţie a corzilor vocale şi aceasta se deschide în momentul când se creează o presiune subglotică atât de puternică încât să depăşească tendinţa de adducţie a corzilor vocale. Prin deschiderea glotei, se produce vibraţia corzilor vocale astfel încât se poate realiza vocea.

Elasticitatea corzilor vocale este dependentă de structura anatomică ce facilitează o rezistenţă mai mică sau mai mare a acestora. Presiunea subglotică contribuie la îndepărtarea corzilor vocale, dar în momentul când aceasta scade şi jetul de aer nu le mai presează puternic, ele revin la poziţia iniţială. Astfel, mişcările corzilor vocale se produc după principiul forţei de recul.

Mobilitatea mucoasei corzilor vocale contribuie la realizarea vibraţiei caracteristică sunetului vocal. Undele de la nivelul corzilor vocale se produc dinspre jos spre spaţiul superior, iar rapiditatea acestora creşte în raport cu mobilitatea mucoasei corzilor şi îşi încetineşte ritmul când se contractă muşchii corzilor vocale (cum este cazul în producerea sunetelor înalte).

Efectul legii lui Bernoulli se bazează pe observaţia autorului potrivit căreia orice fluid care curge printr-un tub ce este comprimat pe o anumită porţiune, zona de comprimare facilitează scurgerea mai rapidă a fluidului (lichid sau gazos) şi viteza va scădea spre capătul final al tubului unde este mai larg, deoarece acelaşi volum de lichid nu mai are aceeaşi presiune. Viteza maximă a curgerii fluidului se află pe centrul tubului strâmtat, în timp ce pe peretele tubului este total diminuată.

O situaţie similară are loc şi în zona glotei unde straturile laterale ale jetului de aer au de traversat o distanţă mai mare prin efectul de comprimare a corzilor vocale faţă de jetul de aer ce se scurge pe zona mediană. Astfel, ca urmare a efectului Bernoulli fluidul exercită o presiune asupra pereţilor tubului prin care se scurge, invers proporţională cu viteza fluidului. Efectul Bernoulli acţionează la închiderea glotei în raport de mobilitatea mucoasei corzilor vocale în sensul că acesta se accentuează pe măsura creşterii mobilităţii mucoasei.

În concluzie, prin efectul Bernoulli, în corelaţie cu mobilitatea mucoasei corzilor vocale devine posibilă producerea vocii.

Vocea se produce ca urmare a formării *undei glotice* prin presiunea aerului din plămâni care la declanşarea lui creşte ca apoi să descrească prin oprirea vocii. Fluxul de aer este întrerupt, ritmic, de mişcările corzilor vocale (mişcări elastice), astfel încât unda glotică formată creşte şi descreşte într-o anumită ritmicitate. La nivelul tractului vocal, undele generate de laringe au grad de complexitate mai mare şi ele sunt formate dintr-o serie de tonuri „armonice". Semnalul de la nivelul glotic determină o multitudine de frecvenţe, iar tractul vocal va juca un rol de filtru şi de amplificare pentru unele frecvenţe, în timp ce altele le estompează. Toate aceste frecvenţe se constituie într-un spectru ce conţine frecvenţe joase, numite *tonul fundamental*, iar celelalte tonuri poartă denumirea de armonice.

În tot acest proces, corzile vocale joacă un rol deosebit de important. Prin apropierea şi îndepărtarea corzilor vocale se generează o mişcare ce facilitează circulaţia jetului de aer caracteristic respiraţiei. Când corzile vocale se deschid, ele dau naştere la o glotă fusiformă, iar când se închid, ele rămân alipite total. Şi, în fine, când corzile vocale se deplasează lateral, determină amplitudinea acestora. Dar corzile vocale se mişcă şi vertical şi longitudinal, ca şi latero-medial, producând o distanţă la marginile acestora formând lărgimea glotei.

Din punct de vedere anatomic, laringele are o organizare multistratificată ceea ce îi permite să influenţeze modalităţile de vibrare a corzilor vocale. Organizarea diferită a acestor straturi poate contribui la explicarea unor fenomene, ca diferenţa de fază longitudinală, diferenţa de fază verticală şi undele mucoasei.

Diferenţa de fază longitudinală semnifică închiderile şi deschiderile diferitelor componente ale glotei, iar această diferenţă de fază este dependentă de grosimea straturilor, de dinamica musculară şi de structura corzilor vocale.

Diferenţa de fază verticală este dată de închiderea şi deschiderea „buzelor" şi ale marginilor libere ale corzilor vocale. Intervalul de timp de la închiderea şi deschiderea acestor margini ale corzilor vocale constituie diferenţa de fază verticală. Corzile vocale se închid şi se deschid pe direcţia de la marginile inferioare spre cele superioare.

Vibraţia corzilor vocale se corelează cu mişcarea undelor mucoasei de la inferior spre partea superioară a corzilor vocale şi de la partea anterioară spre cea posterioară a glotei. Propagarea undelor mucoasei se realizează foarte rapid în condiţii normale şi mai lent în situaţiile unor disfuncţionalităţi.

Vibraţiile acustice, ce se produc prin mişcări oscilatorii cu o frecvenţă mai mare de 16 Hz, generează sunete audibile (tonul). Calitatea frecvenţelor va fi percepută ca înălţime a sunetelor, amplitudinea ca intensitate, durata sunetului ca o continuitate, iar timbrul (culoarea vocii) este dată de forma spectrală. Aşadar, înălţimea sunetului este un produs al numărului de vibraţii şi generează o senzaţie acustică în care musculatura laringiană joacă un rol esenţial.

Ca atare, când corzile vocale sunt scurte şi groase produc sunete cu o frecvenţă joasă, iar când sunt lungi şi subţiri, determinând o frecvenţă mai înaltă şi spre deosebire de primul caz când corzile vocale sunt relaxate aici devin mai tensionate. Intensitatea sunetului se realizează prin amplitudinea vibraţiilor în sensul că o creştere a intensităţii sunetelor este direct proporţională cu creşterea amplitudinii vibraţiilor. În fine, în timp ce înălţimea sunetului este reglată de musculatura laringiană, iar intensitatea de presiunea subglotică, calităţile specifice timbrului vocal depind atât de musculatura laringelui, cât şi de presiunea subglotică. Când se produc vibraţii pe întreaga lungime a acestor elemente, ele generează un sunet fundamental, iar când se produc vibraţii pe o porţiune restrânsă având o formă spectrală, iar intensităţile sunt mai mici generează sunete parţiale denumite armonice. Sunetele fundamentale şi cele armonice se combină în mod variat dând naştere la timbru. După cum preciza Helmholtz, timbrul semnifică „culoarea sunetului", ceea ce înseamnă că bogăţia timbrului este direct proporţională cu numărul armonicilor şi timbrul devine mai redus dacă scade numărul armonicilor.

Vocea se modulează diferit, încadrându-se într-un anumit registru. După cum am văzut, din punct de vedere anatomic aparatul fonator comportă unele caracteristici specifice sexului, din care rezultă şi o anumită funcţionalitate. Se consideră că vocea de bărbat se desfăşoară în două registre, de piept şi falsetto, iar vocea de femeie se produce în trei registre, de piept, de cap şi mijlociu (sau mixt) . Vocea de piept la bărbat se produce pe frecvenţele fonatorii joase, iar cea de falsetto pe frecvenţele înalte. La bărbat, sfera suprapunerii între registrele de piept şi falsetto este cuprinsă între 200 şi 350 Hz, iar vocea de femeie este între registrul de piept şi registrul mijlociu de 400 Hz şi de 600 Hz pentru vocea de cap (Bogdan). Dar trebuie

menționat că problematica registrelor vocale nu este suficient de elucidată. Sunt, încă, păreri diferite de la un autor la altul începând de la definirea conceptului și acceptarea unor clasificări și terminând cu discuții contradictorii cu privire la mecanismele neurofiziologice implicate în producerea fonației.

Ca urmare a activității aparatului auditiv, format din ureche, căile auditive și zonele auditive, ce au proiecția în creier, devine posibilă receptarea, sub formă de senzații, atât a sunetelor simple și complexe, cât și a zgomotelor și pocniturilor.

Sunetele simple (tonul) sunt percepute ca urmare a vibrațiilor regulate ce se produc sub formă de sinusoidă în timp ce sunetele compuse sau complexe ce se produc mai ales în muzică și iau naștere datorită vibrațiilor periodice și au la bază un sunet fundamental pur și un anumit număr de sunete de acompaniament, armonice, percepute ca sunet timbrat.

Și zgomotele se produc prin vibrații complexe, dar neregulate, ceea ce face ca percepția lor să fie neplăcută. Totuși, sunt anumite zgomote care se abat de la această regulă, ele devin agreabile și le ascultăm cu multă satisfacție. Astfel de zgomote sunt murmurul pâraielor, foșnetul frunzelor, sunetul pădurilor ș.a., care influențează componenta noastră afectivă, sensibilitatea noastră afectivă pusă de G. Cotul (1967) și pe seama efectelor receptate din literatură. Probabil că ritmicitatea și intensitatea scăzută au rol mai mare în provocarea efectelor afective pozitive.

Pocniturile (și detonațiile) sunt receptate ca senzații auditive produse prin comprimarea subită a aerului, după care se produce o dilatare de durată mai accentuată.

De precizat că undele sonore din aer au o frecvență cuprinsă între 16 c/s și 20000 c/s, dar aceste limite sunt valabile pentru persoanele ce au vârsta de până la 20 de ani, iar în vârstele ulterioare se înregistrează o limitare a frecvențelor audibile. În același timp, menționăm că spectrul undelor elastice se extind de la infrasunete ce au o lungime de undă de sute de metri, la ultrasunete ce sunt de ordinul undelor luminoase și chiar până la lungimi de undă mai mici de mii de ori decât ale luminii.

Vibrațiile sonore se propagă în aer prin punerea în mișcare a particulelor de aer printr-o oscilație periodică astfel încât creează straturi de aer comprimate și rarefiate pe direcția de la corpul vibrator spre periferie, iar undele devin tot mai puțin intense pe măsura

creșterii distanței. Undele sonore se caracterizează prin lungime, frecvență și prin viteză de propagare.

Lungimea de undă exprimă distanța de propagare a vibrației pe o singură perioadă și se măsoară în metri, centimetri și milimetri. Viteza se referă la rapiditatea deplasării sunetului și ea variază în funcție de o serie de condiții. De exemplu, la temperaturi scăzute viteza este mai mică și crește la temperaturile ridicate. Și frecvența este diferită în funcție de condițiile de mediu, de prezența unor obstacole, mai ales pentru că provoacă fenomenul de reflexie a sunetului.

Este interesant de urmărit unda sonoră în aer, adică după ce ea iese din cavitatea bucală pentru a putea aprecia direcția vocii. Cum vocea este formată din sunete complexe, fiecare sunet armonic, ce intră în componența vocii, va căpăta o directivitate proprie în funcție de frecvența caracteristică. Astfel, undele vocale, progresive, pecetluiesc un anumit spectru vocal dependent de distanță, de sunetul fundamental, de locul de unde sunt receptate sunetele, de intensitaea sunetelor și de calitatea emisiunii vocalelor, ocazie cu care s-a demonstart că emiterea acestora joacă un rol foarte important în evaluarea directivității vocii. În vocile mai puțin intense, directivitatea crește și scade atunci când crește volumul vocii. Ne putem da seama foarte bine de acest fenomen când ascultăm vocea, percepem vocea vorbitorului sau a cântărețului într-o sală de spectacole și când locul pe care îl ocupăm în sală devine determinant pentru o audiție de mare acuratețe și pentru confortul psihic creat de o bună recepție a vocii.

Pe parcursul emiterii vocii, armonicile grave se împrăștie sub formă de evantai, iar armonicile acute se manifestă sub formă conică, fiind percepute mai intens. Așa numitele voci „strălucitoare" au armonicile în benzile cu o frecvență cuprinse între 2500 și 3500, ceea ce le sporește directivitatea și dificultatea de recepție din partea auditoriului.Fenomenul se compensează atunci când auditorul ocupă un loc pe direcția de deschidere a conului. De aici ideea că asigurarea unei acustici optime în sălile unde se produce vocea (vorbită și cântată) devine esențială pentru o audiție fizică și psihică confortabilă.

S-a constatat că este diferită perioada de la emiterea sunetului în aer liber față de emiterea acestuia într-o sală, deoarece se produce o serie de reflexii. Stingerea sunetului în aer liber se face brusc, pe când în sală stingerea se produce treptat. Durata care semnifică scăderea sunetului de la emiterea sa inițială se numește ***reverberație***. Urechea percepe direct impulsurile sonore, dacă ele nu sunt mai mici de 1/15 s,

astfel, acestea sunt percepute neîntrerupt. Iar dacă persistă mai mult timp, are loc o contopire a cuvintelor, ceea ce face ca vorbirea să devină mai mult sau mai puţin neinteligibilă. În acest caz, sporeşte prea mult timpul de reverberaţie, determinând producerea vorbirii sub formă de ecou.

Timpul de reverberaţie se modifică în raport de o serie de factori, cum ar fi: ***gradul de absorbţie a sunetelor*** (calitatea materialelor folosite în interiorul sălilor, nivelul de umplere a sălilor, volumul sălilor), ***acustica sălilor*** (mărimea şi forma sălilor – înălţime, lungime, lăţime), ***natura manifestării*** (ce este mai mică pentru vorbire şi mai mare pentru muzică, astfel încât pentru muzica simfonică, cor etc., durata mare creează şi o sonoritatea optimă, în timp ce pentru vorbire şi teatru durata mică este mai potrivită), ***frecvenţa sunetelor*** (care presupune păstrarea unui echilibru între frecvenţele înalte şi frecvenţele joase ce nu poate fi asigurat decât de o sonoritate perfectă a sălilor).

Este esenţial să se creeze un câmp sonor uniform pentru întreaga sală, astfel încât să se asigure că energia sonoră se distribuie pe toate direcţiile pentru a fi bine percepută de către auditor. În apropierea pereţilor, intensitatea sunetului creşte din cauza reflexiei, iar când undele reflectate se suprapun cu cele directe, sunetul se întăreşte şi atunci când nu se realizează acest fenomen, din cauza distanţei prea mari pe care o traversează undele reflectate, se va forma ecoul ce deranjază audiţia.

Analiza audiţiei nu mai poate rămâne doar la o abordare unilaterală, pentru că astfel nu putem obţine informaţii complete despre acest fenomen complex. Ca atare, se impune un studiu atât din perspectivă fiziologică, cât şi psihologică pentru a putea înţelege că sunetul vocal presupune două elemente de bază:

1. Sunetul fundamental cu trei caracteristici: tărie, înălţime şi durată;
2. Sunetele armonice care prezintă şi ele trei caracteristici; tărie, înălţime şi timbru.

Aşadar, rezultă că cele două procese complexe, ***audiţia*** şi ***fonaţia*** nu pot fi privite în mod separat şi nici în studiul şi interpretarea lor şi mai ales în practica curentă de producere şi recepţionare a vocii. Cele două funcţii, auditivă şi fonatoare, sunt complementare unei unităţi funcţionale fundamentale – ***fonoaudiologia.***

Capitolul VII

TULBURĂRILE VOCII

După cum am văzut în capitolul anterior, vocea umană contribuie la realizarea unor sunete complexe, ceea ce înseamnă că ea este alcătuită din mai multe sunete simple produse în urma unor vibraţii rezultate ca urmare a suprapunerii sinusoidelor ce pot fi vizualizate în reprezentarea grafică. Sunetele produse de voce nu sunt toate la fel, astfel încât un sunet se manifestă mai grav şi acesta constituie sunetul fundamental şi este receptat de ureche ca o senzaţie cu calitatea de înălţime sonoră. Sunetele armonice sunt constituite tot din sunete simple ca derivate ale sunetului fundamental. S-a constatat că, în mod obişnuit, se pot realiza circa 30 de sunete armonice, dar sunt şi persoane care au posibilitatea de a emite un număr şi mai mare de astfel de sunete producând o voce receptată ca fiind „colorată, caldă, timbrată".

Amplitudinea vibraţiilor joacă un rol decisiv în perceperea calităţii sunetelor. Astfel, prin măsurarea în decibeli a acestor vibraţii apreciem intensitatea sau forţa sunetului care devine audibil în interiorul pragului minim şi al pragului superior peste care vom avea o senzaţie dureroasă.

Calitatea de înălţime sau de frecvenţă este dată de numărul de vibraţii pe secundă şi se măsoară in Hertzi (Hz). Se poate vorbi de două categorii de vibraţii şi anume: vibraţii rapide, ce dau naştere la sunete înalte sau acute şi vibraţii lente, ce produc sunete grave sau joase. În mod obişnuit (un om cu auz normal), se percep sunetele

cuprinse între 16 Hz şi 18.000 Hz. Sub pragul de 16 Hz se manifestă infrasunetele, iar peste pragul maxim de 18.000 de Hz se produc ultrasunetele. Producerea frecvenţelor până la 1000 de Hz determină o percepere a sunetelor grave şi peste 1000 de Hz sunt percepute sunetele acute, iar când frecvenţa sunetului se dublează urechea percepe în limitele aceleiaşi variaţii a înălţimii şi valoarea creată, ce poartă denumirea de octavă, constatându-se că în zona audibilă sunt 10 octave.

Varietatea armonicilor sunetului determină timbrul vocii, contribuind la diferenţierea vocilor diferitelor persoane şi, totodată, o anumită structură anatomică şi funcţională a aparatului fonator de care depinde şi sistemul de rezonanţă a sunetului emis, dar şi forma şi volumul acestuia.

Tulburările vocii pot afecta parţial sau total oricare componentă legată de calităţile fonaţiei (intensitate, durată, rezonanţă, volum, amplitudine, tonalitate, timbru etc.) ce au fost analizate în paginile anterioare. Dimensiunea perturbării acestor calităţi depinde de:

- gravitatea tulburărilor de voce;
- etiologia implicată în producerea şi menţinerea tulburărilor respective;
- starea de sănătate fizică generală a individului şi a organelor fonatorii;
- starea de sănătate psihică şi a modului cum sunt percepute şi trăite în plan intern aceste tulburări;
- vârsta şi profesia subiectului ce determină un nivel de raportare şi atitudine cu implicaţii nemijlocite în evoluţia imaginii de sine şi a personalităţii şi a comportamentului în general.

Când tulburările vocii se asociază cu alte tulburări ale limbajului, ele se amplifică atât ca urmare a impactului negativ asupra personalităţii, cât şi prin distorsionarea generală a comunicării şi relaţionării cu cei din jur. În această situaţie sunt afectate toate laturile şi funcţiile limbajului fapt care determină dificultăţi majore în raportarea subiectului la realitate şi, în final, o scădere a interesului pentru activitate şi pentru viaţa în colectivitate.

1. *Clasificare, etiologie şi simptomatologie în tulburările vocii*

Tulburările vocii se caracterizează printr-un grad de complexitate foarte diferit, începând de la cele mai simple afectări ale calităţilor vocale şi terminând cu manifestările grave care îl deranjează atât pe subiectul logopat, cât şi pe auditor, sau sunt fenomene de alterare a vocii fără o cauză patologică evidentă, în timp ce altele debutează brusc, cu o etiologie ce poate implica, la nivel ridicat, aspectele funcţionale sau organice. Din aceste motive, definirea tulburărilor de voce comportă un grad mare de dificultate, ele fiind mai mult descrise şi adeseori controversate în literatura de specialitate.

Aşa cum precizează Rondal şi Seron, cele mai multe dificultăţi provin chiar din terminologia confuză care se menţine şi în zilele noastre. Spre exemplu, conceptul de „calitate a vocii" este interpretat diferit de medicul oto-rino-laringolog, de terapeutul logoped, de specialistul vocii cântate, de actori etc. De cele mai multe ori, vocea este apreciată după criteriile auditive subiective ce pot sau nu să coincidă cu o judecată riguros ştiinţifică în care să se aibă în vedere multiplele aspecte implicate în tulburările vocii. Pentru limba engleză, Perkins (1971) adoptă 27 de termeni ca descriptori ai calităţii vocii, dar pentru alte limbi aceşti termeni pot să nu se regăsească şi să rezulte concepte de altă natură. Autorul amintit este de părere că din termenii la care se referă se pot desprinde trei, folosiţi frecvent, şi care reflectă principalele calităţi ale vocii:

- termenul care reflectă o voce aspră, rigid supărătoare (harshness) pe parcursul căreia se interpun zgomote intermitente cu un timbru jos;
- termenul ce reflectă vocea nemodulată (breathiness) în care vibraţiile corzilor vocale sunt reduse;
- termenul care reflectă vocea răguşită, spartă (hoarseness).

Aceşti trei termeni sunt în prezent des luaţi în consideraţie pentru clasificarea calităţilor vocii, iar pe baza acestora să se ajungă la clasificarea propriu-zisă a vocii şi a tulburărilor sale. În plus, au mai fost asimilaţi termeni ca „hiperfuncţie" (care desemnează tensiunea musculară crescută la nivelul segmentului laringian) şi „hipofuncţie"

(care, dimpotrivă, semnifică o tensiune redusă față de nevoia producției verbale în condiții optime) propuși de Brodnitz (1965).

Se pare că o clasificare a tulburărilor de voce acceptată de cei mai mulți autori se poate realiza pornind de la etiologia implicată în producerea acestora, iar nivelul mai mic sau mai ridicat de complexitate poate fi judecat prin evidențierea simptomatologiei și a gradului de afectare a personalității și comportamentului subiectului. La o asemenea abordare vom recurge și noi, dar având în atenție cele trei mari categorii de factori implicați în etiologia tulburărilor de voce: **organici, funcționali și psihogeni.**

În principiu, tulburările vocii se desfășoară pe axa de la simplu la complex, de la formele ușoare la cele grave, dar fără a exclude posibilitatea ca în funcție de etiologie să se producă un debut insinuos cu forme complicate ca ulterior, prin înlăturarea factorilor negativi sau a unor tratamente, să aibă loc o ameliorare sau o restrângere a principalelor manifestări. Astfel, în formele de mutație a vocii, caracteristice vârstelor de trecere de la mica copilărie la copilăria mijlocie și mare, asemenea tulburări ușoare sunt obișnuite și nu au un impact prea mare nici pentru vorbitor nici pentru auditor.

Încă din copilăria mică, în perioada preșcolară, se pot produce unele modificări ale vocii fie ca urmare a dezvoltării mai deosebite a structurilor și funcțiilor aparatului fonoarticulator, fie prin suprasolicitarea corzilor vocale și obosirea acestora datorită fragilității lor. La vârsta pubertății, atât la fete, cât mai ales la băieți, modificările vocii sunt spectaculoase și ele se pot produce nu numai prin restructurarea morfo-funcțională a componentelor fonației, cât și prin secreția de hormoni sexuali (androgeni, la băieți, și estrogeni, la fete) care influențează întregul organism al copilului. În pubertate se produce și fenomenul de maturizare generală a organismului, deci și a aparatului fonoarticulator astfel încât funcționalitatea acestuia modifică calitățile vocale ale subiectului. Odată cu modificarea caracterelor sexuale, laringele crește în volum și se dezvoltă scheletul cartilaginos și musculatura lui, iar corzile vocale se alungesc cu 6-10 mm, la băieți și cu 3-5 mm, la fete în paralel cu accentuarea grosimii lor, toate acestea au efecte nemijlocite asupra vocii. Astfel de modificări se produc în mod brusc, iar organismul are nevoie de o perioadă de timp pentru adaptare și la impulsurile ce sunt receptate în vederea funcționalității și sincronizării diferitelor elemente ale fonației, dar situațiile nu sunt ușor de depășit și atunci coordonarea funcțiilor devine greu de realizat, fapt ce are un impact nemijlocit și în producția vocală. Mai evident, schimbarea vocii la băieți coincide cu creșterea organelor sexuale, iar la fete coincide cu apariția primului ciclu menstrual.

În situațiile de mai sus, sunt câteva caracteristici ce se manifestă în perioada de mutație a vocii, dintre care subliniem prezența vocii nesigure, oscilante, cu inflexiuni inconstante, cu variație frecventă între tonurile înalte și cele grave, dând un aspect de asprime și schimbare la intervale scurte a intensității vocii. Aceste schimbări ale vocii se produc în mod brusc sau lent (mai lent la fete decât la băieți) și sunt legate de toate modificările organo-funcționale ale aparatului fonației, ale coordonării sistemului nervos central, ale influenței sistemului endocrin etc., ceea ce face ca să apară diferențe atât la nivelul subiecților ce aparțin aceluiași sex, cât și diferențe între cele două sexe. De aici și durata în timp a schimbărilor de voce poate fi diferită , o perioadă scurtă, de la câteva luni, sau o perioadă lungă, adică de câțiva ani, caz în care se prelungește din pubertate și în adolescență.

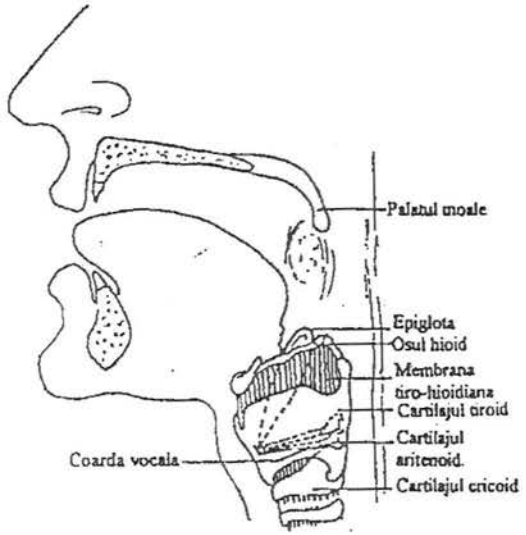
Din punct de vedere psihologic, tânărul poate trăi negativ evenimentul schimbării vocale prin situații de jenă și disconfort, mai cu seamă cei din jur devin atenți la asemenea modificări. Astfel de trăiri se accentuează în pubertatea precoce (8-10 ani) când vocea devine joasă și coincide cu dezvoltarea sexuală mai intensă și cu o secreție hormonală mai accentuată, fenomen mai frecvent la unele fete dat fiind caracteristicile de dimorfism sexual ce le avantajează în raport cu băieții.

Se pot întâlni și cazuri în care mutația vocii se produce cu întârziere și când vocea își păstrează caracterul infantil, deși laringele și organele sexuale prezintă semne de dezvoltare relativ normală. De cele mai multe ori la baza acestui fenomen stă o stare psihică de inhibiție, de hiperemotivitate și de anxietate cu predominarea stării de teamă față de situațiile de schimbare, inclusiv a celor vocale. Legăturile afective exagerate dintre mamă și copil favorizează complexele de tip Oedip, astfel încât copilul rămâne ancorat în copilărie apreciind că la adăpostul unei hiper-protecții poate fi ferit de o serie de neplăceri. Se pare că acest fenomen este favorizat și de lipsa unui model masculin în familie pe care copilul îl poate adopta prin imitație. Dar situația poate fi rezolvată nu atât prin exersarea și imprimarea calităților vocale caracteristice vârstei, cât prin organizarea unui program psihoterapeutic în care să fie inclus subiectul respectiv prin care acesta va fi învățat să treacă de la vocea

de falset la vocea gravă de piept, urmând, apoi, efectuarea unor exerciţii pentru consolidarea acesteia.

Există şi situaţii când mutaţia vocii are loc numai parţial şi atunci vocea se produce cu oscilarea caracteristicilor de tip adult cu cele de tip infantil sau când mutaţia persistă un timp îndelungat încât se trece în mod aleatoriu de la vocea de tip falset la vocea de piept, în care simptomatologia vocii aspre şi disfonice iese în evidenţă. În ambele situaţii, atât la sexul masculin, cât şi la sexul feminin, se percepe disconfortul şi jena, dându-i subiectului o stare de nelinişte şi teamă de penibil.

Opus acestor aspecte, legate de vârstele de stabilizare a vocii sau trecerii acesteia la caracteristicile specifice maturităţii, apare o serie de fenomene în vârstele înaintate determinate de o funcţionalitate deficitară a unor elemente ce participă la fonaţie, din diverse cauze cum ar fi o închidere incompletă a glotei sau atrofia corzilor vocale, ceea ce face ca vocea să scadă şi să fie lipsită de rezonanţa aspră şi cu inflexiuni frecvente şi neuniforme. Glota ovalară favorizează o închidere incompletă şi alături de hipertrofierea corzilor vocale sau a reducerii forţei musculare determină o scădere a intensităţii vocii şi inconstanţă în timbrul emiterii cuvintelor şi chiar a sunetelor, fapt perceput de auditor ca o epuizare a fonaţiei vorbitorului.



Poziţia laringelui în regiunea gâtului (după C.I. Bogdan)

După cum se poate deduce din cele de mai sus, sistemul endocrin (alături de sistemul nervos) ocupă un loc important în funcţionalitatea şi reglajul aparatului fonator cu efecte nemijlocite asupra vocii. Astfel, când se produc afecţiuni la nivel glandular, a glandelor, hipofizei, tiroidei, suprarenalelor, ovarelor, testiculelor este influenţată funcţionalitatea normală a aparatului fonator, pentru că hormonii acţionează prin intermediul celular, determinând o anumită stare a vocii. Ca urmare a acţiunii hormonilor sexuali, mai cu seamă în perioada pubertăţii, se produc modificări spectaculoase ale vocii. Dovadă este şi faptul că băieţii castraţi la 6-8 ani îşi dezvoltă o voce de soprană pentru că lipsa testosteronului nu permite dezvoltarea normală a laringelui. În tulburările hormonale masculine vocea devine „piţigăiată" şi asemănătoare cu cea a castraţilor. La femei, se observă mai bine influenţa hormonilor sexuali în perioada menstruaţiei, a graviditătii şi a menopauzei când modificările vocii sunt foarte sensibile. Multe din modificările vocii, în cazul de mai sus, sunt puse pe seama faptului că apar dereglări ale raportului normal dintre estrogeni şi progesteron, dar fluctuaţiile acestora sunt pe timp limitat la majoritatea femeilor şi se pot croniciza prin acţiunea altor factori nocivi.

Hormonii tiroidieni pot produce şi ei tulburări ale vocii atunci când avem de a face cu o insuficienţă tiroidiană sau cu hipotiroidism. Astfel, vocea devine ştearsă, scăzută, cu timbru oscilant, ajungând uneori până la disfonie şi cu o simptomatologie complexă. Ca urmare a afecţiunilor hipofizei, vocea scade în intensitate, devine gravă, modularea ei este scăzută şi are tendinţa de a se masculiniza, iar dereglările de la nivelul suprarenalelor determină o rezistenţă scăzută la efort vocal şi o scădere a forţei vocale ce perturbă şi timbrul ei.

Situaţiile descrise mai sus pot genera tulburări ale vocii mai ales atunci când intervin şi alţi factori defavorizanţi. Varietatea acestor factori este extremă, de unde şi existenţa unui număr foarte mare de tulburări de voce în care vom găsi o simptomatologie mai simplă sau mai complexă. Dat fiind multitudinea factorilor etiologici, simptomatologia, mai mult sau mai puţin asemănătoare, reprezentată în formele diferite de tulburări, cât şi în efectele ce le generează acestea pentru viaţa şi activitatea subiectului, determină părerile autorilor în ceea ce priveşte adoptarea unui criteriu unitar de clasificare. Cum orice clasificare trebuie să se bazeze pe o serie de criterii riguros stabilite şi în cazul tulburărilor de voce (ca şi în cazul altor tulburări de limbaj) ne confruntăm cu o gamă largă de dificultăţi.

Cu toate acestea, considerăm necesar să operăm cu o clasificare a tulburărilor de voce, chiar dacă suntem conştienţi că ea poate fi ulterior îmbunătăţită şi completată cu noi date obţinute în urma progreselor ştiinţifice care se fac în prezent în investigarea componentelor care participă la fonaţie.

Clasificarea tulburărilor de voce, din punctul nostru de vedere, se poate realiza după următoarele criterii:

a. după criteriul localizării structurale şi funcţionale:
   - laringofoniile,
   - rinofoniile,
     - organice,
     - funcţionale,
       - deschise,
       - închise.

b. după criteriul etiologic şi al timpului de apariţie:
   - congenitale,
   - dobândite,
   - traumatice,
   - inflamatorii,
   - funcţionale,
   - hiperkinetice,
   - hipokinetice,
   - vocea eunucilor,
   - vocea pe bază de hipoacuzie,
   - vocea pe bază de hiperhormoni,
   - vocea transsexualilor,
   - vocea bazată pe abuzul acesteia.

c. după criteriul simptomatologic:
   - fonastenia,
   - microfonia,
   - macrofonia,
   - stridenţa vocală,
   - vocea răguşită,
   - vocea gravă,
   - vocea inspirată,
   - vocea nazală,
   - vocea eunucoidală,
   - mutaţia patologică a vocii,
   - disfonia,
   - afonia.

d. după criteriul psihoneurologic:
   - se pot întâlni toate tipurile de tulburări, de la cele simple la cele mai complexe în care etiologia poate fi organo-funcţională sau neprecizată, de ordin psihic,
   - disfonie psihogenă,
   - disfonie isterică,
   - disfonie spastică.

Înainte de a evidenţia etiologia şi simptomatologia fiecărei tulburări simţim nevoia să facem precizarea că suntem conştienţi, ca oricare specialist ce se apleacă asupra acestei clasificări, că ea ridică unele probleme rezultate din faptul că departajarea celor patru criterii după care am elaborat clasificarea de mai sus nu poate fi suficient de riguroasă, deoarece întrepătrunderea acestora pentru toate tipurile de tulburări este evidentă şi greu de evitat. Dar cum în literatura de specialitate nu am găsit o altă clasificare care să satisfacă cerinţele de care aminteam, am considerat că putem opera eficient cu clasificarea noastră.

Totuşi, spre exemplificare, redăm una dintre clasificările cunoscute în literatura de specialitate, pentru ca specialistul să poată aprecia şi o opţiune în cunoştinţă de situaţia la care am făcut referire. Această clasificare este realizată de Greene şi Mathieson şi o redăm după C.I. Bogdan (2001), care face precizarea că deşi respectiva „clasificare este ordonată şi îngrijită, realitatea clinică poate să fie mult mai complexă", astfel ideea pe care noi am enunţat-o îşi găseşte confirmarea şi în cazul specialistului clinician şi nu numai în logopedie. Green şi Mathieson (1989) împart tulburările vocale în două mari categorii ce subordonează fiecare o serie de subcategorii:

Comportamentale	Organice
1. Tensiunea musculară excesivă (fără modificări în mucoasa laringiană)	1. Anormalităţi structurale: - membrana laringiană - despicătura de văl - obstrucţia nazală - traumatismele

2. Tensiunea musculară excesivă (cu modificări în mucoasa laringiană):
   - nodulii vocali
   - laringita cronică
   - edemul
   - polipul
   - ulcerul de contact.

3. Psihogene:
   - stare de anxietate
   - nevroza
   - simptomele de conversie
   - puberfonia
   - conflictul transsexual

2. Condiții neurologice
   - paralizia de n. recurent
   - paralizia pseudobulbară
   - ataxia cerebeloasă
   - tremurul
   - parkinsonismul
   - chorea
   - atetoza
   - apraxia
   - leziunile multiple (leziunea neuronului motor, scleroza multiplă

3. Tulburări endocrinologice:
   - tireotoxicoza
   - mixedemul
   - tulburările mutaționale
   - virilizarea femeilor prin terapie hormonală adversă
   - tratamentul cu medicamente adverse

4. Afecțiuni laringiene:
   - tumori (maligne/benigne)
   - hiperkeratoza
   - papilomatoza
   - chistul
   - laringita acută/cronică
   - artrita crico-aritenoidiană
   - granulomul
   - micozele

Ordinea pe care noi o facem în analiza tulburărilor de voce (prezentă în clasificarea noastră) păstrează, pe cât este posibil, principiul evoluției acestora de la simplu la complex, dar important este că vom sublinia, în fiecare caz, factorii etiologici care stau la baza tulburării respective și simptomatologia ei variată.

Vocea răgușită este percepută ca fiind o voce aspră și neclară, incompletă și „spartă" pentru că sonorizarea pierde din intensitate odată cu eliminarea bruscă și excesivă a jetului de aer în emitere. Și atunci când corzile vocale vibrează neregulat are loc o schimbare

bruscă și rapidă a frecvenței sunetului, similară cu cea produsă prin lezarea corzilor vocale. Alte cauze ale răgușelii sunt legate de apariția unui cancer al corzilor vocale care determină o voce slabă, cu diminuarea armonicilor acute, iar polipii corzilor vocale duc la un suflat fâșâit și voalat și în fine, când factorii nocivi se combină în acțiunea lor apar caracteristici de disfonie, neregularități în rostirea sunetului fundamental, manifestări de tip hipotonic și hipokinetic etc.

Vocea nazală, nazonată apare, preponderent, la deficienții de auz vorbitori și nazonarea este cu atât mai accentuată cu cât dificultățile auditive sunt mai grave. Aceasta pentru faptul că afectarea auditivă nu permite exercitarea unui control eficient asupra calităților vocii, a timbrului, a înălțimii, a intensității și a intonației. Astfel, vocea devine neplăcută pentru că este monotonă, aspră, tensionată, guturală și aritmică ce oscilează între stridență și un suflu slab care nu facilitează uniformitatea inflexiunilor verbale. Se remarcă și faptul că amplitudinea mișcărilor limbii, a mandibulei și buzelor este mai mică la persoanele cu deficiență de auz față de normali, dar în unele cazuri au fost constatate chiar exagerări în creșterea amplitudinii la deficienți ceea ce face ca și într-un caz și în altul să se producă dereglări ale limbajului vocal.

La deficienții de auz este afectată și înălțimea și intensitatea sunetului deoarece întinderea acestora este mai limitată comparativ cu normalul, de unde și apariția vocii aspre și în falsetto ce dă un aspect neplăcut. La acestea se mai adaugă și tensiunea emoțională încât vocea devine tot mai rigidă și încordată.

Vocea stridentă, aspră poate să apară atât la persoanele hipoacuzice, cât și la cele normale sub acest raport și ea se manifestă ca o „voce de cap" în care sunetele se rostesc într-un registru înalt, probabil ca urmare a creșterii tensiunii musculare din zonele de rezonanță bucală și faringiană. Vocea stridentă, poate fi cauzată și de lipsa de sincronizare a închiderii și deschiderii corzilor vocale, a abuzului vocal care generează o modificare a laringelui sau o creștere de noduli vocali, când vocea scade și își pierde calitățile normale. Se poate ajunge și la o hipotonie musculară ce afectează aceleași aspecte ale vocii și prin apariția unor tulburări de ordin psihogen.

Vocea inspirată, cuprinsă, după unii autori, în conceptul de „voce suflată" prin care se încearcă să se evite accepțiunea numai de

voce produsă în timpul inspiratului, ci a unei situații complexe în care printr-un exces de aer în timpul fonației acesta se pierde dând naștere la sunete greu de deslușit pentru că zgomotul de la nivelul glotic influențează negativ sunetele ce iau naștere în componenta corzilor vocale. În stările tensionale și de stres psihic se înregistrează o tendință de creștere a dificultăților generate de vocea inspirată sau a vocii suflate. De asemenea, se produc aceste fenomene cu o frecvență mai mare și cu un grad mai accentuat când ele se asociază cu alte tulburări de limbaj, mai ales cu cele de ritm și fluență a vorbirii.

Microfonia și macrofonia exprimă o vorbire exagerat de puternică și, respectiv, o vorbire de intensitate redusă ce pot apărea pe bază de obișnuință sau pe baza unui control acustic ineficient. Cercetări mai recente au evidențiat și faptul că cele două forme de vorbire se pot asocia și cu alte fenomene. Astfel, macrofonia se asociază cu o dezvoltare intensă a componentelor aparatului fonator, cu o scădere a auzului, cu creșterea secreției de hormoni sexuali, cu supraevaluarea persoanei și tendința de a se impune în fața interlocutorului, iar microfonia, cu slăbirea capacității de funcționare a aparatului fonator, iar unele afecțiuni ale acestuia cu stările de depresie, anxietate și timiditate etc.

Fonastenia are drept cauze apariția unui stres psihic, o emotivitate crescută, o teamă sau o spaimă mai deosebită ce se conjugă frecvent cu abuzul vocii. Alteori, fonastenia se produce prin existența polipilor și amigdalitei care determină tensionări mai deosebite prin perceperea jenantă a propriei voci și pentru a evita neplăcerile își suprasolicită vocea până la epuizare.

Fonastenia apare cu o oarecare frecvență la copilul preșcolar tocmai prin solicitarea excesivă a vocii pe fondul fragilității corzilor vocale și a laringelui, dar și la persoanele de sex feminin care au o tendință spre stările istericale. Vocea pierde din intensitate, iar timbrul devine dezagreabil cu inflexiuni verbale neuniforme, când grave, când înalte, în care sunetele se percep cu dificultate.

Mutația vocii a fost deja abordată în paginile anterioare și ne vom mai referi la acest fenomen în analiza vocii la copil, mai cu seamă că se impune să facem disocierea între mutația normală, fiziologică și mutația patologică a vocii.

Toate tulburările de mai sus pot fi considerate, arbitrar, ca forme simple, ușoare, dar prelungite în timp ele pot deveni grave, ajungând până la o pierdere parțială sau chiar totală a vocii. Pe de altă parte, subliniem ideea că toate caracteristicile acestor tulburări se găsesc sub forma unor simptomatologii variate, accentuate sau mai puțin grave în toate formele de disfonie. Tot în disfonie vom vedea și elemente ale altor tulburări pe care le analizăm în contextul respectiv.

Disfoniile cuprind, așadar, întreaga gamă de tulburări vocale și se obișnuiește ca ele să fie împărțite în organice și funcționale, cu toate că departajarea lor este dificilă atât din punct de vedere simptomatologic, deoarece în cele două forme se întâlnesc multe manifestări comune, cât și din punct de vedere etiologic, pentru că factorii ce la generează sunt deosebit de variați și se combină în producerea formelor respective. Spre exemplu, prin formarea de noduli pe corzile vocale acestea devin puternic tensionate, ceea ce face ca în timpul fonației să se lovească una de alta astfel încât să faciliteze adducția normală a părților laterale ale corzilor vocale și, în felul acesta, se pierde o parte din aerul glotic determinând o voce suflată și răgușită. De aici rezultă o combinare a afectării componentei organice cu componenta funcțională și duce la o disfonie ce o putem numi generală. La această situație se adaugă și faptul că subiectul este conștient de dificultățile sale vocale și încearcă să le compenseze printr-un efort susținut, din care nu lipsesc teama și stresul, dar cu efecte negative în plan organic și funcțional dovedind că, în astfel de împreunări, poate și el duce la agravarea tulburării vocale.

C.I.Bogdan atrage atenția că termenul funcțional poate crea unele confuzii, întrucât unii autori (Brackett, 1971) îl asimilează cu termenul fiziologic, iar alții (Aronson, 1980)cu conceptul de psihogen și, în fine, termenul funcțional este folosit ca o „umbrelă" pentru a acoperi atât modul defectuos de utilizare a vocii, cât și influența negativă a tulburărilor psihogene asupra modificărilor de la nivelul vocii (Wilson, 1979). Bazat pe aceste fapte, autorul menționat conchide că termenul funcțional poate fi folosit ca o „umbrelă" ce acoperă tipuri variate de tulburări vocale, cum ar fi:

- suprasolicitarea vocală și folosirea defectuoasă a musculaturii vocale;
- prezența unor obișnuințe, a unor modele învățate pentru a suplini dificultățile verbale determinate organic;

- prezența unor dificultăți vocale determinate de factori psihogeni acolo unde nu se pot pune în evidență modificări organice sau a abuzului vocal.

Etiologia tulburărilor de voce este deosebit de variată și complicată. De cele mai multe ori, la producerea unei tulburări concură mai mulți factori etiologici și, astfel, contribuie la agravarea ei. La o parte dintre cei mai cunoscuți și variați factori, adeseori citați în literatura de specialitate, ne vom referi și noi în cele ce urmează descriind, în același timp, și unele simptome ce le generează.

Supus unui efort fizic sporit, laringele poate deveni vulnerabil astfel încât să faciliteze formarea de noduli, a laringitelor și a ulcerului de contact. Aceste caracteristici se pot asocia cu infecțiile de la nivelul căilor aeriene pe fondul unor dereglaje emoționale complicând și mai mult tulburarea vocală. Intoxicațiile cu substanțe chimice, consumul excesiv de alcool, fumatul, pot da reacții similare ce debutează cu o voce aspră și răgușită ca, ulterior, să apară pierderi sau diminuări și a altor calități vocale.

Prin prezența unor leziuni corticale și a neuronului motor periferic nu se mai realizează o inervație normală a corzilor vocale facilitând instalarea de paralizii și, ca urmare, producerea tulburărilor de voce, dar și a disartriei.

Tot mai mulți autori recunosc că unele tulburări de voce pot apărea pe bază psihogenă sau funcțională cum este cazul unor bolnavi psihici, a surzilor vorbitori, a transsexualilor.

Și dificultățile de folosire a musculaturii voluntare a fonației a celor de la nivelul laringelui, faringelui, limbii, gâtului și aparatului respirator pot fi incriminate în producerea tulburărilor de voce. Acestea se corelează frecvent cu o coordonare ineficientă a aparatului respirator și fonator, a ventilației laringiene, a lipsei de control asupra intensității și înălțimii vocale. Ele se pot produce nu numai prin afecțiuni organice și funcționale ci și prin obișnuințe negative sau prin abuzul de voce care le imprimă o diminuare a activității lor specifice, cu efecte calitative în desfășurarea normală a vorbirii. Toate aceste dificultăți se accentuează în stările de stres psihic și de emotivitate excesiv crescută, care îi dezorganizează întreaga activitate nervoasă a individului. Din datele de mai sus, rezultă că ***disfoniile pot fi funcționale sau organice*** în raport de factorul cauzal, dar și cu manifestări de un anumit grad de complexitate. Deși dificil de departajat, cele două forme de disfonii, pot fi definite mai mult prin natura care le generează, dar și aici pot fi unele rezerve deoarece

factorii organici și funcționali se intersectează în mod obișnuit și se condiționează reciproc, astfel încât pot complica mai mult sau mai puțin disfonia.

Adeseori, disfonia debutează cu o voce răgușită sau stridentă, căreia subiectul nu îi poate face față în mod voluntar, ba mai mult, efortul său poate crea o tensiune excesivă în aparatul fonator, dar și la nivelul psihic. În plan simptomatologic, această caracteristică poate accentua caracterul ***disfoniei de tip hiperfuncțional sau de tip hipofuncțional***, iar mecanismele compensatorii, adoptate de subiect prin efortul de adaptare la solicitările impuse de utilizare a vocii, nu reușesc să acopere plaja marcată de condițiile în care are loc desfășurarea normală a vorbirii. În cazul acesta, subiectul devine conștient de dificultățile sale pe care nu le poate depăși și odată cu trăirea dramatică a situației în care se află, se instalează starea de depresie și de anxietate. Starea de depresie și de anxietate accentuează caracterul hipofuncțional al disfoniei, dar cu timpul, subiectul poate deveni, în urma efortului ce îl face, nervos și iritabil, fapt ce va accentua caracteristicile disfoniei hiperfuncționale. Când apar și modificări organice, cum ar fi: nodulii corzilor vocale, polipii, inflamațiile, laringitele, traumatismele etc., disfoniile devin tot mai grave și se creează un cerc vicios, acestea influențează negativ starea psihică a individului ce duce, cum am văzut, la complicarea disponibilităților vocale, concomitent cu senzația de lipsă de aer, arsuri și dureri în gât, tuse uscată cu senzația de blocare a respirației și, în general, cu un disconfort psihic. Pe parcursul acestor fenomene, dificultățile vocale nu sunt uniforme, ele sunt mai accentuate în unele perioade și mai scăzute în altele, creând incertitudini subiectului cu privire la valorificarea calităților sale verbale, ale timbrului, înălțimii și intensității.

În producerea și întreținerea disfoniilor pot fi citați și mulți alți factori ale căror efecte depind și de particularitățile organice și psihice ale individului care marchează un grad mai scăzut sau mai ridicat de rezistență și receptivitate la aceste influențe. Spre exemplu, o serie de factori, ca stresul profesional, stresul psihic, oboseala fizică și oboseala intelectuală, modificările legate de ciclul menstrual, de menopauză sau de andropauză, afecțiunile endocrine, abuzul vocal, faringita, amigdalita etc. sunt receptați în mod diferit de la o persoană la alta, fapt pentru care și disfonia nu se manifestă în mod identic la toate persoanele, chiar dacă aceasta a fost provocată de aceleași condiții.

Unele disfuncții vocale pot fi determinate de *factori patogeni* și ele sunt mai frecvente la persoanele care solicită mult vocea prin profesia ce o exercită (cântăreți vocali, profesori, actori etc.) și când, dintr-un motiv sau altul, se instalează stări, ca depresia, anxietatea, frustrația pe un fond al tulburărilor de personalitate producând efecte dezorganizatoare în echilibru controlului funcționării fonației. În astfel de situații, vorbirea devine rigidă, nu mai are forța necesară, scade treptat până la manifestarea ei în șoaptă și în situații mai dificile se ajunge la afonie, prin dispariția totală a vocii. Atât disfoniile, cât și afoniile ce au la bază factori psihogeni sunt mai frecvente la femei față de bărbați și pot debuta brusc sau lent, cu o durată în timp mai lungă sau mai scurtă, deseori în raport de întreținerea lor de către factorii respectivi.

În *afonia și disfonia psihogenă* sunt dificultăți de emitere a sunetelor cu prezența unor senzații dureroase la eforturile de vocalizare și a trăirii, în plan psihic a dramei în care se află sau, dimpotrivă,a unei acceptări a situației pe care o consideră fără ieșire, ambele stări se corelează și cu unele modificări în plan fizic, cum ar fi: crisparea la nivel facial, o rigiditate în mișcări, o modificare a verticalității, mai ales prin întinderea gâtului înainte etc. Când vocea se menține parțial, în disfonie, calitățile vocii legate de înălțime, intensitate și timbru sunt atât de afectate încât vocea capătă un caracter pierdut, în surdină, nazonat, chiar bitonal, iar în plan anatomo-fiziologic se produce o rigidizare la nivelul corzilor vocale determinată, uneori, de prezența nodulilor vocali sau de abolirea reflexelor velare și a unor procese inflamatorii. Din acestea rezultă și existența unor dificultăți de diagnostic diferențial între disfonia psihogenă (respectiv afonia psihogenă) și disfonia produsă prin factorii neurologici (vezi leziunile cerebrale, bulbare, boala Parkinson) sau disfonia spasmotică, care are o simptomatologie și o etiologie parțial asemănătoare cu cea din disfonia psihogenă.

Cei mai mulți autori consideră disfonia spastică ca o formă a disfoniei psihogene întrucât ea se produce tot prin acțiunea nefastă a unor factori de natură psihică care blochează mobilitatea și elasticitatea corzilor vocale sau determină spasme la nivelul faringo-laringian, împiedicând o fonație normală. Cum fenomene de acest gen se întâlnesc mai des în starea de isterie, unii autori inspirați de Freud folosesc și termeni de *afonie* și, respectiv, *disfonie isterică* pentru afonia și disfonia psihogenă. Dar și disfonia spastică (spasmodică, după unii autori) își are ancore în disfonia de origine isterică. De fapt, factorii psihogeni, când acționează pe fondul existenței altor cauze generatoare de tulburări de voce (cauze organo-funcționale, personalitate fragilă) contribuie la declanșarea dificultăților și le agravează pe parcurs.

Dacă analizăm din punct de vedere simptomatologic semnele disfoniei psihogene (inclusiv ale disfoniei spastice) comparativ cu cele ale disfoniei funcționale vom constata existența unor caracteristici comune pe lângă cele diferențiatoare, ceea ce îngreunează diagnoza lor. Dintre cele mai evidente caracteristici, menționăm:

- dificultăți de respirație cu trăirea/netrăirea senzației de dificultate ;
- poziționarea incorectă în timpul vorbirii a gâtului și a corpului (aplecarea înainte);
- prezența unor blocaje la nivel respirator și fonator;
- creșterea dificultăților de voce în stările de oboseală și de stres;
- tendința de nazonare a vocii odată cu scăderea intensității;
- prezența spasmelor și blocajelor la nivelul laringelui, a corzilor vocale;
- tendința de a vorbi în timpul inspirului și nu a expirului cum este corect;
- apariția unui tremur vocal ce variază între vorbirea șoptită și țipătoare;
- prezența unor spasme și blocaje la nivel vocal, asemănătoare cu cele din bâlbâială ș.a.

Trebuie să subliniem și ideea că difoniile provocate de alte cauze decât cele psihogene, cu timpul și mai ales odată cu agravarea lor generează stări complexe în planul psihic al individului ce dezorganizează relaționarea și comportamentul, cu efecte de bulversare și tensionare a personalității acestuia.

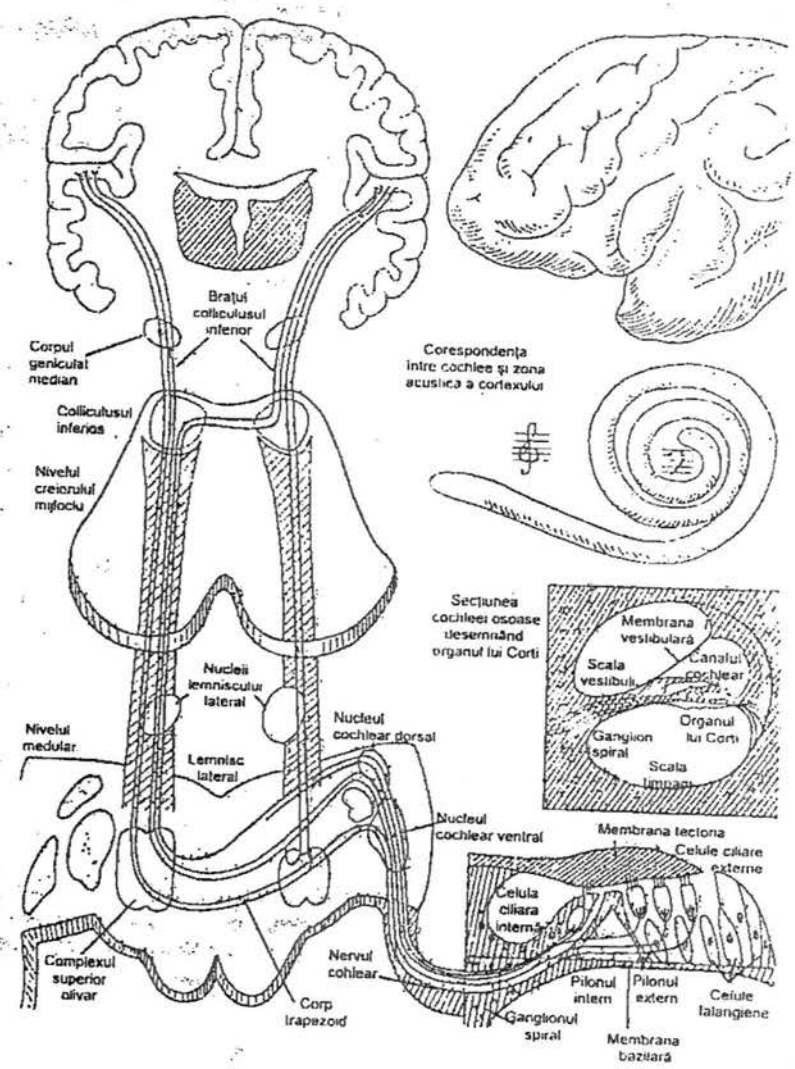
Disfoniile funcționale, din punct de vedere al frecvenței, nu sunt identice la cele două sexe. La femei, proporția este mai mare, 60%, în timp ce la bărbați este de 40%, dar la copii se constată o situație inversă, după datele lui Lungfield, 72% dintre copii prezentau tulburări de fonație, 8% aveau o fonație incorectă și 20% fonau corect, iar vârsta cea mai afectată este cea cuprinsă între 22-50 de ani cu o pondere mai mare în jurul vârstei de 33-34 de ani (C.I. Bogdan). Desigur, frecvența acestor tulburări trebuie raportată și la profesie. Crește această frecvență la persoanele care exercită o profesie în care

sunt nevoite să solicite vocea mai mult, cum este cazul cântăreților, cadrelor didactice, actorilor, preoților, crainicilor de radio și TV, ofițerilor militari, oratorilor etc.

În disfonii, pe lângă răgușeala și vocea stridentă cu care, adeseori, se produce debutul tulburării (așa cum am arătat mai sus) pot fi afectate toate elementele specifice vocii individului, timbrul, înălțimea, intermitența, volumul, amplitudinea și în raport de condițiile obiective și subiective efectele lor sunt variate și cu un grad de complexitate diferit de la o persoană la alta. Astfel, perturbarea timbrului poate duce la manifestarea unei voci aspre sau surde, hârâite sau voalate, însoțite de un efort jenant și de o respirație ineficiente dată și de posibila inversare a acesteia de la un sex la altul, ceea ce face să se accentueze dificultatea vocală. Intensitatea, înălțimea, ca și volumul și amplitudinea variază aleatoriu făcând vocea greu de perceput și creându-i un aspect neplăcut.

Disfoniile organice, spre deosebire de cele funcționale, debutează, frecvent, cu stări persistente de strănut, rinoree apoasă, jenă faringiană, iritație și congestie a mucoaselor nazo-faringiene. Astfel de fenomene se accentuează în laringite, sinuzite și în infecții amigdaliene pentru că scad capacitatea de efort vocal, diminuează potențialul vibrator al corzilor vocale, se instalează uscăciunea laringiană ș.a., toate acestea afectând, în ansamblu, calitatea vocii sub toate aspectele.

Disfoniile organice mai pot fi determinate și de o serie de cauze mai complicate, cum ar fi: ***infecțiile tractului respirator inferior*** care provoacă tuse, expectorație, respirație diminuată, o presiune subglotică redusă; ***cicatricele corzilor vocale***, ce pot apărea în urma traumatismelor și accidentelor post chirurgicale, a unei glote ovalare care împietează deplasarea undelor de la nivelul corzilor vocale sau împiedică închiderea completă a glotei; ***traumatismele laringiene*** constau în rupturi de mucoasă și în hemoragii ale corzilor vocale, dar același efect îl au și fracturile scheletului cartilaginos al laringelui, paralizia nervilor laringieni; ***dislocarea aritenoidului*** se poate confunda cu paralizia corzilor vocale ca urmare a efectelor sale în plan organic și chiar și în cel vocal, pentru că în ambele situații se produce o afectare a înălțimii vocale, ***leziunile precanceroase*** ce produc plăci albe pe mucoase sau pete roșii pe mucoase, care semnifică prezența leziunilor și , în fine, formarea de straturi de celule cheratinizate ce presupune o modificare a corzilor vocale și o creștere a rigidității lor ș.a.



Căile nervoase centrale ale auditici (după Netter)

Toate aceste cauze, nu numai că provoacă disfonii organice, dar pot agrava orice tip de difonie și periclita integritatea vocală și chiar pe cea organică a individului. De subliniat că ele determină chiar dispariția totală a vocii instalându-se, treptat sau brusc, *afonia*.

Referindu-se la evoluția disfoniilor, de la simple la complexe, J. Eeckhaut și Fr. Estienne (1977) le împarte în mai multe categorii:

a. disfonii ușoare, sau de gradul I, în care predomină vocea voalată, lipsită de expresivitate și de strălucire;
b. disfonii de gradul II, ce se manifestă prin voce nedefinită, cu oscilații în emiterea sunetelor și tonalitate impură, dându-i un caracter dezagreabil;
c. disfonii de gradul III, când vocea se produce predominant în șoaptă, cu tendința de stingere totală, astfel încât poate să dispară complet ajungând la afonie.

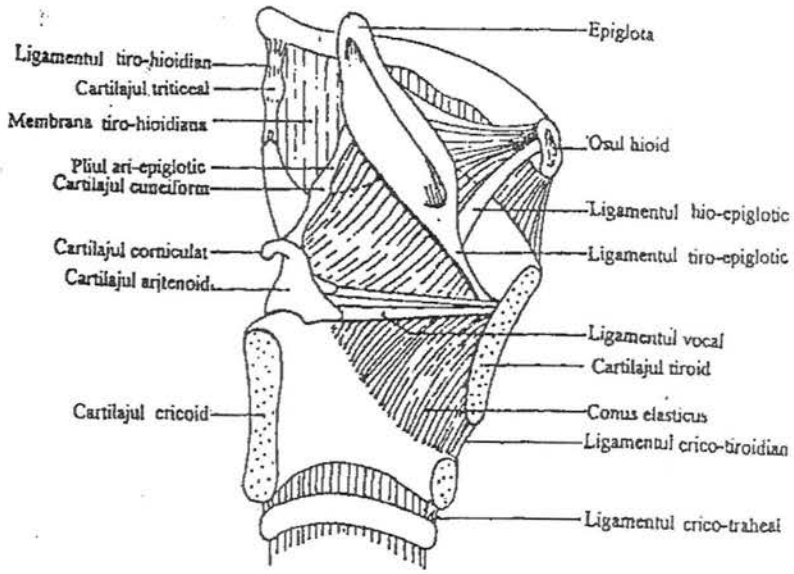
Desigur, asemenea tulburări pot apărea atât în vocea vorbită, cât și în cea cântată. Tulburările vocii cântate, *disodiile* pot fi determinate de aceleași cauze ca și în cea vorbită, dar adesea ele sunt legate de efortul vocal, de stres, de trac, de anxietate, de conflicte, de tensiuni etc., ceea ce contribuie la instalarea disfoniei sau chiar a afoniei. În aceste condiții, din punct de vedere simptomatologic, apare o serie de caracteristici specifice, în care vocea percepută de subiect și vocea receptată de auditor se evaluează pe o bandă cu foarte multe dimensiuni. Spre exemplu, calitățile legate de timbru sunt apreciate după jocul emiterii sunetelor care se încadrează sau nu într-un registru grav mediu, acut (de piept), de cap (falset) și când trecerea (pasajul) de la un registru la altul se face lent, lin este plăcut, iar când pasajul este brusc devine supărător astfel încât întinderea vocii nu satisface. În același timp, se apreciază amplificarea unor armonice ale sunetelor și modul cum aceste armonice alternează între ele, fapt ce depinde de calitățile cavității de rezonanță supraglotică. De aici rezultă și calitățile estetice ale sunetului ce conține o intonație exactă, strălucire (penetranță), intensitate și variate culori ale timbrului cu expresivitate vocală și dicție de calitate.

Vocea cântată se clasifică după întinderea vocii, care capătă caracteristici de gravă sau acută și în felul acesta distingem vocile bărbaților (basi, tenori, baritoni) și vocile femeilor (soprane, mezzosoprane).

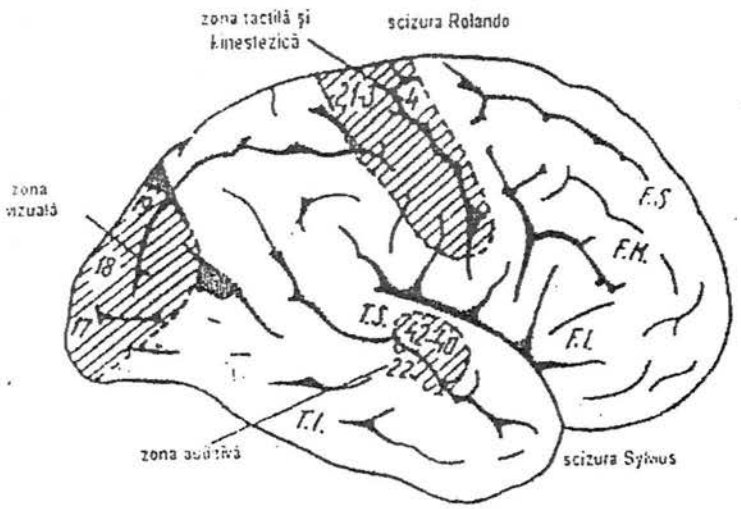
Dar aceste considerente nu înseamnă că tulburările vocii cântate fac obiectul analizei noastre, pentru că ele sunt mult mai complexe și presupun o atenție aparte și în al doilea rând pentru că ele nu intră în mod direct sub incidența unei tratări logopedice.

2. *Tulburările vocii la vârste extreme*

În perioadele extreme de vârstă, în copilărie și în bătrânețe, tulburările vocii au o frecvență mai mare, ca urmare a fragilității aparatului fonator și a unui efort sporit, chiar a suprasolicitării unor componente organice și funcționale pentru a se putea ajunge la o producție verbală normală. Astfel, în copilărie, aparatul fonator nu este suficient de dezvoltat și consolidat, suferind modificări la intervale scurte de timp la care copilul trebuie să se adapteze și să realizeze o coordonare sincronă a elementelor care participă la fonație, ceea ce este dificil în lipsa unui antrenament (experiențe) mai îndelungat, iar la bătrânețe aparatul fonator devine tot mai fragil, cu caracteristici de rigiditate și efortul depus de subiect pentru elaborarea vocii normale creează o suprasolicitare a acestor componente în care și coordonarea este diminuată. Dacă la aceste caracteristici mai adăugăm și condițiile de receptare a unor factori nocivi atunci, cu siguranță, tulburările vocii se pot extinde și agrava.



Cartilajele și ligamentele laringiene (secțiune sagitală) (după C.I. Bogdan)



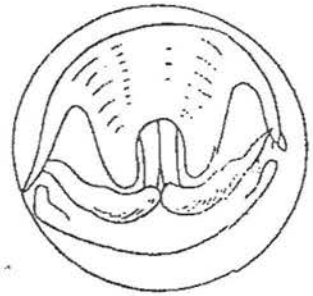
Centrii senzitivi şi senzoriali (emisfera dreapta)

2.1 Tulburările vocii în copilărie

Construcţia aparatului fonator al copilului diferă de cea a adultului. Laringele copilului, la naştere, este plasat sus şi anterior, ca pe măsură ce copilul înaintează în vârstă să se producă lent o coborâre a acestuia. De asemenea, hidoidul devine, cu timpul, din cartilaginos în osos şi se separă de tiroid, corzile vocale cresc în lungime, cartilagiile laringiene sunt moi, îngreunând inspiraţia, glota membranoasă mai scurtă decât lungimea glotei adultului vibraţia corzilor vocale se produce într-un punct anterior, ceea ce favorizează producerea nodulilor, în fine, structura stratificată a laringelui, fiind mai simplă, nu favorizează în suficientă măsură producerea vorbirii. Acestea sunt numai o parte din particularităţile elementelor aparatului fonator care îl defavorizează pe copil faţă de adult, dar începând cu perioada pubertăţii situaţia se schimbă, în sensul că apar caracteristici care, treptat, se apropie tot mai mult de cele ale adultului, de unde şi mutaţia vocii ce se realizează în unele condiţii mai brusc, în altele mai lent, dar important este că ele vor influenţa, ulterior, producţia verbală

în sens pozitiv. Astfel, prin creşterea laringelui, frecvenţa fundamentală a sunetului descreşte, fapt evident mai ales în jurul vârstei de 7-8 ani, dar cu unele diferenţe la fete şi la băieţi, diferenţe ce se menţin şi la vârstele adulte, încât la bărbaţi frecvenţa fundamentală ajunge la 120-130 de Hz, iar la femei, la fete 200 de Hz. De aici şi diferenţele de voce care apar, într-o formă încă din perioada gânguritului, ceea ce determină recunoaşterea după ţipăt a stării de confort sau de disconfort, a unor stări care exprimă nevoile biologice ale copilului.

Prin prezenţa unor tulburări organice de tipul aplaziei laringiene, care semnifică o malformaţie congenitală a laringelui, a existenţei membranei laringiene, ce uneşte parţial corzile vocale şi care se poate îndepărta prin traheotomie a laringomalaciei care este tot o tulburare laringiană congenitală ce nu facilitează fluxul de aer în timpul vorbirii, a papilomatozei laringiene ce duce la instalarea unor excrescenţe moi de natură benignă, a paraliziei congenitale a corzilor vocale în care sunt implicate şi tulburări nervoase de natură centrală etc., toate acestea determină nu numai dificultăţi de fonaţie, dar şi pe cele ce privesc construcţia şi evoluţia limbajului în general.



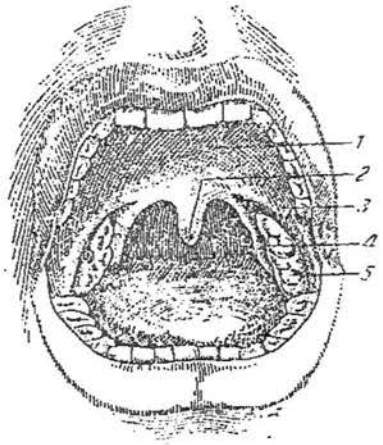
Imaginea endoscopică a laringelui infantil. Epiglota în Omega acoperă partea anterioară a glotei

O asemenea etiologie, ca şi abuzul vocal sau confruntarea copilului cu unii factori negativi (traume în familie, în şcoală) de ordin psihologic pot provoca tulburări ale vocii sau le pot întreţine pe cele existente pe fondul şi a unor dereglări psihocomportamentale ce face dificilă adaptarea la mediul înconjurător.

Ca frecvenţă, tulburările vocii sunt exprimate, după unii autori, la 5-25%, iar după alţii la 50%, cu un vârf de creştere la 5-6 ani şi apoi în perioada pubertăţii în care poate fi invocată şi situaţia de mutaţie a vocii şi a modului cum aceste schimbări de voce sunt trăite în plan psihic de către copil.

Din punct de vedere simptomatologic, în copilărie, şi mai cu seamă în perioada pubertăţii, vocea oscilează între o înălţime coborâtă şi ridicată, între o intensitate slabă şi tare, între timbru aspru şi o modulaţie jenantă, voalată şi cu modificări prea rapide în respiraţie, cu unele dificultăţi vocale dar şi de emitere corectă a sunetelor şi cuvintelor cu o structură mai complicată. Aşadar, ca simptomatologie pot apare două categorii de tulburări ale vocii: ***disfoniile***, ca tulburări ale vocii vorbite şi ***disodiile***, ca tulburări ale vocii cântate, situaţie similară cu dificultăţile ivite la adult.

Şi în copilărie, disfoniile pot debuta cu o răguşeală ce semnifică hârâitul vocal şi înăsprirea vocii, iar pe măsură ce tulburările se agravează vocea devine voalată, spartă, stinsă, bitonală, dogită şi de falset. Deşi asemenea forme se întâlnesc şi la adult, la copil ele au unele particularităţi specifice ce sunt generate de creşterea generală, care duce şi la modificări ale organului fonator, la o creştere a sensibilităţii elementelor fonatoare influenţate şi de frecventele boli ale copilăriei.



Cavitatea bucală (după Portmann): 1 – vălul palatului; 2 – lueta; 3 – stâlpul anterior; 4 – stâlpul posterior; 5 – amigdala palatină

Încă din perioadele cele mai mici ale copilăriei, există un risc mai mare ca la adult pentru apariţia unor tulburări de voce, căci pe fondul fragilităţii organelor fonatoare, a laringelui şi a corzilor vocale, mai ales, ţipetele sugarului, abuzul de voce în jocurile preşcolarului dar şi a şcolarului mic, iar apoi prin dezvoltarea spectaculoasă din pubertate la care se adaugă diversele boli ce fragilizează structurile organice şi funcţionale ale fonaţiei creează dereglaje şi obişnuinţe de utilizare incorectă a componentelor ce iau parte la producţia verbală determinând o accentuare a disfoniilor organice şi funcţionale într-un cerc vicios ce presupune utilizarea unei terapii logopedice calificate pentru înlăturarea lor.

Deşi din punct de vedere etiologic în copilărie putem constata frecvenţa aceloraşi categorii de cauze ca şi la adult (menţionate în paginile anterioare), trebuie să subliniem că vulnerabilitatea crescută faţă de tulburările vocale şi în general faţă de cele de limbaj nu poate fi privită în afara contextului transformărilor rapide organo-funcţionale pe fondul lipsei de consolidare a limbajului şi al impactului ce îl au factorii de mediu asupra copilului.

Frecvenţa disfoniilor de tip funcţional este mai mare la copii decât la adulţi, deoarece dezvoltarea componentelor aparatului fonator solicită o adaptare continuă căreia copilul nu-i poate face faţă totdeauna în mod eficient, astfel încât pot apărea desincronizări şi o slabă coordonare nervoasă. Primele semne ale acestei situaţii privesc scăderea intensităţii vocale şi o lipsă de constanţă în menţinerea unei tonalităţi unitare pe parcursul desfăşurării vorbirii, imprimându-i un caracter de monotonie şi de voce detimbrată. Aceste caracteristici vocale apar mai frecvent la copiii inhibaţi, timizi, deprimaţi, afectaţi de traume afective. În aceste cazuri, domină disfonia funcţională de tip hipokinetic.

Forma de disfonie funcţională de tip hiperkinetic apare mai ales la copii activi, cu o excitaţie crescută ce abuzează de voce printr-o creştere a intensităţii ei şi prin folosirea unui debit verbal rapid, obosind musculatura laringelui şi a corzilor vocale pe fondul unui suflu pulmonar insuficient pentru a răspunde la asemenea modificări rapide. Astfel, respiraţia devine întreruptă, precipitată sau cu sincope, imprimând vocii un caracter strangulat, gutural, dogit şi jenant. Prin prezenţa acestor dificultăţi vocale, odată cu solicitarea excesivă se poate ajunge la formarea de noduli pe corzile vocale, iar la rândul lor aceştia menţin şi agravează tulburarea.

În unele cazuri, disfonia hiperkinetică se combină cu forma hipokinetică având drept cauză un torace şi un abdomen formate defectuos ce diminuează volumul respirator şi, ca atare, respiraţia devine insuficientă pentru a imprima vocii amplitudinea necesară, cu toate eforturile deosebite ale copilului care nu fac decât să obosească mai mult elementele implicate în fonaţie. În aceste condiţii, vocea devine tot mai slabă în intensitate şi capătă caracteristici de spartă şi răguşită.

Uneori, dificultăţile de voce sunt influenţate şi întreţinute de cei din jur, de membrii familiei pe care copilul îi imită. Dar mai important este factorul psihic care poate declanşa o disfonie psihică în care se manifestă o simptomatologie similară celorlalte forme descrise. În raport de amploarea receptării şi trăirii factorilor de natură emoţională, copilul poate dezvolta un timbru dezagreabil, o voce redusă sau stridentă în care înălţimea şi intensitatea în funcţie de momentele pe care le traversează într-un timp dat.

La copiii cu deficienţă mintală sau auditivă, tulburările vocii şi variaţiile care se produc sunt mult mai intense. În primul rând se manifestă o voce specifică deficienţei în care vocea este îngroşată, cu timbru neplăcut, cu alternanţă între vocea gravă şi cea stridentă concomitent cu accentuarea unei stări de inhibiţie sau de crispare. În final, la aceşti subiecţi se instalează vocea guturală şi nazală, marcând trăsătura de specificitate în aceste deficienţe.

În genere, la vârsta pubertăţii au loc cele mai spectaculoase modificări ale vocii ca urmare a transformărilor şi dezvoltării aparatului fonator prin trecerea acestuia de la structura specifică copilului la o structură apropiată de cea a adultului. Cum transformările sunt rapide şi cu alternanţă într-o dezvoltare când lentă, când în puseu, în salturi, puberul nu reuşeşte să coordoneze suficient activitatea organului fonator cu nevoia de suflu pulmonar pentru a evita contrarietatea lor. La acestea se adaugă creşterea laringelui şi a corzilor vocale, fapt ce determină alternarea vocii de copil cu vocea apropiată adultului. Şi modificările sexuale influenţează vocea astfel încât, în funcţie de acestea, la unii puberi schimbările vocii (mutaţia vocii) se produc mai de timpuriu (chiar la începutul vârstei pubertare), în timp ce la alţii fenomenul se înregistrează mai târziu.

În situaţia când mutaţia vocii întârzie ca urmare a unei dezvoltări insuficiente a unor componente ale aparatului fonator şi a transformărilor sexuale lente vocea oscilează între caracteristicile vocii de copil şi cele apropiate de vorbirea adultului. Ca urmare, vocea

puberului este când acută şi răguşită, când hârâită şi bitonală cu un timbru neadecvat. În acest proces de mutare fiziologică a vocii pot să apară şi caracteristici ale vocii de cap sau ale vocii de falset când în primul caz armonicile sunt extinse, iar în cel de-al doilea (falset) armonicile sunt sărace. Mutaţia întârziată a vocii poate fi exemplificată şi cu vocea eunucoidală în care subiectul îşi conservă vocea infantilă pentru că, din motive psihologice (tulburări de afectivitate, teama de vorbire, subapreciere, anxietate etc.), nu reuşeşte să se adapteze la noile structuri dezvoltate ale aparatului fonator.

2.2 Tulburările vocii la vârstele înaintate

Ca şi în perioada pubertăţii, la vârstele înaintate se produce o serie de transformări pe toate coordonatele dezvoltării umane: organic, fiziologic, endocrinologic, neurologic, psihologic ce au influenţe asupra vocii, dar şi asupra limbajului în general. Astfel, în perioada vârstelor înaintate transformările biologice şi funcţionale se produc la nivelul întregului organism şi în fiecare componentă a tuturor sistemelor ce alcătuiesc organismul şi funcţiile sale. Procesul de transformare depinde de starea individului, de condiţiile de mediu, de modul de viaţă anterior şi prezent, de contactarea unor boli, de calitatea vieţii psihice, rezistenţa la factorii psihici stresanţi etc. Din această enumerare nu poate fi neglijată vârsta individului căci diferenţele în aceste transformări sunt semnificative de la o perioadă scurtă de timp la alta şi ele se accentuează cu cât vârsta este mai înaintată.

Ca urmare, pentru această perioadă a vârstnicului putem vorbi de trei forme ale evoluţiei generale ce caracterizează întreaga activitatea a individului:

a. **evoluţie pozitivă**, în care pierderile şi transformările nu afectează în mod semnificativ activitatea subiectului şi se menţine relativ integră funcţionalitatea, mai cu seamă, la nivel psihic când, compensativ, cunoştinţele şi experienţele acumulate în decursul timpului contribuie la depăşirea unor situaţii critice;

b. **evoluţia de stagnare**, ce semnifică un platou al nivelului de desfăşurare a activităţii în care nu se înregistrează

progrese şi nici regrese majore, iar sănătatea şi funcţionalitatea organică rămâne relativ stabilă, fapt ce conferă şi un tonus psihic bun;

c. **evoluţie în regres**, în care involuţia se produce pe toate componentele organice şi funcţionale ceea ce face ca unii subiecţi să le trăiască dramatic şi în plan psihic astfel încât le amplifică şi dezorganizează mai mult activitatea şi sistemul său relaţional.

Desigur, odată cu înaintarea în vârstă, tot mai mult sunt dereglate structurile şi funcţiile organice, determinând o scădere treptată, în caz de boală şi bruscă, a respiraţiei, coordonării şi forţei în procesul complex de mişcare a fiecărui subsistem pentru a asigura o activitate unitară şi eficientă a organismului.

Pe fondul îmbătrânirii, ca proces biologic firesc ce afectează întreaga activitate a organismului, acţionează o serie de cauze care determină tulburările vocii. Astfel:

- Oboseala vocală determină o scădere a intensităţii vocii, o tonalitate neclară, un timbru ce variază, frecvent, pe parcursul desfăşurării vorbirii;
- Emoţiile puternice, şocul pozitiv, stresul diminuează capacitatea de coordonare a activităţii elementelor ce participă în fonaţie, fapt ce face ca vorbirea să devină neclară, vocea tremurată, diminuată, întreruptă, iar la persoanele mai sensibile vocea poate fi pierdută ajungându-se la afonie bulversând şi mai mult subiectul;
- Modificările laringiene privesc osificarea cartilajelor ce continuă până în jurul vârstei de 65 de ani. Astfel, se osifică total cartilajul cricoid şi parţial cartilajul tiroidian, în timp ce cartilajele aritenoidiene se osifică în porţiunea corpului şi a apofizei musculare, dar rămâne cartilaginoasă apofiza vocală. La bărbaţi, osificarea începe mai devreme faţă de femei. Când sunt afectate, suprafeţele articulare şi osificarea cartilajelor, glota pierde o parte din aer pentru că nu se produce o închidere completă şi, astfel, vocea scade în intensitate devenind fluierată şi se întrerupe fiind asemănătoare cu vorbirea în faţa unui microfon defect;
- Sunt diferenţe de structură şi, respectiv, de funcţionare în funcţie de sex a fibrelor de elastină, ce se regăsesc în număr mai restrâns, fragmentate şi grupate la bărbaţi, fibrele colagene se reduc şi se subţiază, în timp ce la femei acestea sunt mai dense şi au o dispunere lineară, dar ligamentele, ca şi muşchii laringieni, se atrofiază cu timpul la ambele sexe. Şi mucoasa se reduce şi se atrofiază uşor, ceea ce determină o neregularitate la nivelul corzilor vocale, iar efectele sunt nemijlocite asupra vocii.
- Atrofia musculară a laringelui, ce se produce odată cu înaintarea în vârstă, face să crească înălţimea vocii, iar când subiectul devine conştient de modificarea vocii adoptă un efort susţinut pentru a reveni la normalitatea vorbirii, dar efectele sunt de obosire a laringelui astfel încât cresc şi mai mult dificultăţile de fonaţie.
- Tulburările de origine neurologică pot avea un impact mai mare sau mai mic, în funcţie de gravitatea bolii, asupra tuturor componentelor fonaţiei.

Ca urmare a acestor cauze, la vârstele înaintate, principalele tulburări ale vocii privesc următoarele aspecte:

- Tremurul vocii şi oscilaţiile ei în timpul desfăşurării vorbirii;
- Scăderea intensităţii vocii ajungând uneori la vorbirea şoptită;
- Creşterea în înălţime a vocii la bărbaţi şi scăderea înălţimii vocii la femei;
- Creşterea frecvenţei fundamentale a vocii la bărbaţi şi scăderea ei la femei;
- Accentuarea disfluenţei şi disonanţei vocii prin coborârea şi alternanţa rapidă a tonului;
- Îngroşarea vocii la femei, mai ales la cele fumătoare, şi reducerea gravităţii la bărbaţii;
- Adoptarea unui timbru vocal caracteristic, aspru, strident, pierdut, coborât;
- Diminuarea expresivităţii vocii;
- Disfoniile se extind frecvent în toate compartimentele vocale.

3. *Terapia logopedică a tulburărilor de voce*

Din literatura de specialitate nu putem să desprindem un punct de vedere comun cu privire la metodologia corectării tulburărilor de voce sau cu privire la reeducarea vocii afectate pentru a-i imprima caracteristicile de normalitate. Se mențin, încă, multe ambiguități ce rezultă din formularea, de către cei mai mulți autori, de principii sau de etapele ce trebuie parcurse în cadrul terapiei logopedice, dar sunt evazive și sporadic abordate metodele concrete menite să dezvolte o voce normală. În acest context, intuiția și priceperea fiecărui terapeut sunt esențiale pentru succesele educațional-recuperative. Probabil că, pornind de la aceste dificultăți, dar și de la importanța terapiei vocale Reed (1980) vorbește de „terapia vocală ca artă sau știință" ce presupune o continuă percepere și investigație pentru a putea răspunde exigențelor acestui proces complex.

Rondal și Seron sunt de părere că dificultățile provin din faptul că încă au fost puțin precizate cauzele și efectele tulburărilor de voce, iar „metodele de reeducare nu au fost supuse la ipoteze predictive și testate", fapt ce semnifică, după aceeași autori, că investigațiile cu caracter științific, pentru terapia vocală, sunt încă insuficiente. Și evaluarea eficienței terapiei vocale este relativă, ceea ce face ca, uneori, aprecierile terapeutului să nu coincidă cu cele ale subiectului tocmai pentru că măsurarea calităților vocale nu este realizată pe baza unor parametri științifici riguroși. Adeseori, se apreciază cu criteriul de voce „bună" sau „rea", dar acest criteriu implică un înalt grad de subiectivitate și nu poate fi fundamentat științific atâta timp cât avem în vedere doar percepția noastră auditivă a vocii celui care o emite. Atunci are dreptate Perkins (1971) care spune că vocea cea mai bună este aceea care se produce cu un efort minim, din care se poate desprinde existența unei abilități de a sincroniza efortul cu caracteristicile timbrului intensității și al registrului vocal. De aici rezultă un ***prim principiu și anume acela de a-l învăța pe subiect să vorbească fără efort***. Cu timpul, va conștientiza această necesitate și va reuși să aplice acest principiu în toate exercițiile terapeutice.

Un alt principiu constă în identificarea și eliminarea obiceiurilor respiratorii și fonatorii neadecvate, Idee de la care pornește Boone (1971) în formularea unor tehnici de terapie în

condițiile modificărilor coardelor vocale și a sub sau supra adducției lor.

Al treilea ***principiu este de ordin psihologic***, prin care urmărim să redăm încrederea în propriile capacități ale subiectului de a vorbi din nou bine și de a-i crea o stare de confort psihic prin convingerea că dificultățile sale pot fi depășite. În acest context, empatia joacă un rol fundamental, deoarece subiectul va simți atitudinea terapeutului logoped de participare și înțelegere a dificultăților ce le traversează, contribuind, astfel, la stabilirea unor relații eficiente de cooperare și de instalare a unui climat afectiv.

Terapia logopedică, în tulburările vocii, trebuie adaptată la particularitățile psihoindividuale ale subiectului și la tipul de tulburare. De preferat este ca aceasta să se facă individual, prin ședințe scurte de aproximativ 15 minute, pentru a nu suprasolicita vocea și minim de trei ori pe săptămână cu indicarea unor exerciții ce le poate continua acasă, iar în condiții de staționar asemenea activități de terapie se pot desfășura și zilnic.

Adoptarea tehnicilor de terapie logopedică se reface după o evaluare minuțioasă a simptomatologiei și etiologiei tulburării, pentru a putea decide cu exactitate asupra cărei componente trebuie să acționăm prioritar, dar fără să pierdem din vedere că fonația se produce, după cum am văzut, printr-o unitate funcțională și sincronă a tuturor sistemelor implicate în acest proces complex. Ca urmare, acțiunea terapeutică, prin exercițiile adoptate, nu poate fi limitată numai la reducerea exclusivă a calităților vocale – timbru, intensitate, înălțime, expresivitate – ci și la antrenarea concomitentă a sistemului respirator și articulator de a căror funcționare corectă depinde normalitatea fonației în ansamblul ei. Colaborarea cu medicul este și ea necesară, mai cu seamă acolo unde se impune și o intervenție pentru corectarea unor afecțiuni organice, dar și pentru un tratament medicamentos în diferitele deficite funcționale, cum sunt cele bazate pe disfuncții hormonale, infecții, sângerări ale nodulilor sau polipilor corzilor vocale.

Adeseori, chiar este indicat să se înceapă terapia logopedică cu exerciții de respirație pentru a înlătura fie o diminuare, fie o exagerare a mișcărilor respiratorii, a desincronizării mișcărilor respiratorii cu cele ale laringelui sau a musculaturii gâtului și a corzilor vocale. Și presiunea subglotică se poate regla dacă respirația se desfășoară fără efort și fără contracții musculare exagerate. Adoptarea respirației automatizate favorizează implicarea componentei costo-abdominale și

a diafragmei sporind, în felul acesta, declanşarea unor mecanisme compensatorii de evitare a dificultăţilor ce pot să perturbe realizarea sunetelor din perspectiva calităţilor sale; concomitent, trebuie adoptată inspiraţia nazală care contribuie la filtrarea şi încălzirea aerului, fapt favorabil pentru punerea în mişcarea adecvată a altor componente legate de funcţionalitatea laringelui, a diafragmei, a abdomenului şi a cutiei toracice. În terapia logopedică a vocii sunt câteva aspecte generale pe care trebuie să se pună un accent mai deosebit şi care se axează pe unele calităţi ale vocii ce sunt afectate în toate formele de tulburări. Ele se referă la timbru, înălţimea şi intensitatea voţii.

Dat fiind că în lipsa sincronizării actului respirator cu cel al fonaţiei are loc o perturbare a timbrului, fapt pentru care exerciţiile adoptate trebuie să vizeze folosirea corectă a respiraţiei diafragmale pentru a înlesni contracţia muşchilor laringieni şi ai gâtului. Se pot evita, astfel, dificultăţile legate de tensiunea laringiană şi de percepere a vocii la nivel auditiv, facilitând producerea timbrului mai corect. În acest sens, se pot efectua exerciţii de vorbire în care se folosesc cuvinte ce încep cu vocale, o vorbire lentă şi ritmică executată odată cu adoptarea căscatului la anumite intervale de timp.

Corectarea înălţimii sunetului se poate realiza prin adoptarea unei vorbiri monotone, folosind ca pretext lectura, iar la nevoie se pot introduce enunţurile de vocale pentru a reduce o eventuală mişcare exagerată de ridicare a laringelui în timp ce intensitatea vocii trebuie să fie cât mai redusă.

Dificultăţile intensităţii vocii, deşi apar mai frecvent la deficienţii de auz vorbitori şi la cei cu deficienţă mintală, ele se pot produce şi la persoanele normale, mai ales atunci când se crează obişnuinţe prin nevoia de a vorbi, adeseori, într-un mediu zgomotos sau când nu se realizează o relaţie de automatizare de tip acustico-verbal.

Din multitudinea de metode şi tehnici de terapie logopedică, ce pot fi utilizate în cercetarea generală a tulburărilor de voce, le menţionăm pe următoarele:

1. **Metoda relaxării**, folosită frecvent în corectarea oricărei logopatii este tot atât de necesară şi la persoanele cu tulburări de voce. În acest caz, relaxarea se impune pentru a înlătura atitudinea subiectului de folosire excesivă a elementelor aparatului fonator cu scopul de a obţine o voce adecvată şi introducerea unui echilibru între efortul depus şi calitatea vocii. Astfel, relaxarea urmăreşte să antreneze toate componentele psihomotrice la un nivel moderat care să-i permită individului să desfăşoare o activitate fonatoare specifică capacităţilor sale vocale şi care să-i conserve starea de sănătate şi igiena sistemului verbal.

Cei mai mulţi psihoterapeuţi folosesc, fie şi parţial, elementele de bază din cunoscutul antrenament autogen a lui Schultz, ce se poate desfăşura pe mai multe etape. În prima etapă, se începe cu introducerea stării de relaxare fizică şi psihică, când în poziţie culcat şi cu ochii închişi i se sugerează să fie calm şi liniştit. Ulterior, se va induce starea de greutate a unui element fizic (mână, picior) pentru realizarea odihnei şi relaxării. În etapa următoare (a doua), se urmăreşte inducerea senzaţiei de căldură, printr-o autosugestie care să activeze cât mai bine circulaţia sanguină până la trăirea încălzirii fiecărei părţi organice. Prin acţiuni similare (în următoarele etape), se poate urmări introducerea ritmului la nivel respirator, la nivelul bătăilor inimii.

Antrenamentul de tip Schultz poate, desigur, fi utilizat şi în alte afecţiuni, inclusiv în cele de ordin nevrotic, când efectele pot fi chiar foarte încurajatoare

2. **Metoda lui Jacobson** o putem considera ca o completare a metodei lui Schultz, care evită sugestia şi promovează ideea controlului conştient a mişcărilor musculare şi a diferitelor segmente ale corpului. Prin intermediul acestei metode, se obţine detensionarea subiectului (deci, a relaxării sale), astfel încât se realizează un echilibru între funcţionalitatea psihică şi cea organică.

Pe principiul metodelor de relaxare, se pot adopta o serie de tehnici şi exerciţii pentru a determina o activitate normală a componentelor organo-funcţională care participă la actul de fonaţie. Acestea se pot efectua pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp, în funcţie de starea lor şi de nivelul de receptare şi participare a subiectului

3. **Tehnica corectării şi normalizării funcţiilor respiratorii**, care vizează trei aspecte fundamentale şi anume: adoptarea caracterului de respiraţie specific sexului subiectului, învăţarea şi obişnuirea subiectului să vorbească în timpul expirului şi nu a inspirului şi obişnuirea subiectului să recurgă la un efort lejer, pentru a conserva energia respiratorie şi psihomotorie în vederea asigurării şi desfăşurării continue a fonaţiei. În acest sens, se vor efectua o serie de exerciţii descrise deja de noi în cadrul metodelor generale de corectare a tulburărilor de limbaj. Mai adăugăm că scopul principal este acela de a imprima, ca dominantă, respiraţia costo-

diafragmală şi a unui ritm respirator pentru a favoriza efortul minim ce poate fi controlat şi reglat după nevoi.

4. **Tehnica mestecatului** este utilă pentru a exersa dezvoltarea mobilităţii muşchilor limbii, buzelor, feţei şi a mandibulei. Se va indica subiectului mestecarea ritmică şi rară, alternativ cu gura închisă şi deschisă. Poate fi sugerată mestecarea unor tipuri anume de alimente, dure sau moi, alimente care stimulează salivaţia (lămâie şi gutuie) sau de alimente care provoacă constricţia şi încleştarea maxilarului, feţei etc. Aceste exerciţii pot fi desfăşurate în afara fonaţiei sau concomitent cu emiterea unor sunete, mai ales cu emiterea unor exclamaţii şi chiar cuvinte.

5. **Tehnica sincronizării poziţiei gâtului şi capului cu cea a corpului** este destinată adoptării unei atitudini corecte şi firesti între cele trei componente, pentru a facilita o fonaţie adecvată la situaţia dată. În cazul când respiraţia toracică se realizează la un nivel superior, în paralel cu flexiunea coloanei şi a lipsei de verticalitate a corpului şi congestia feţei, se produce şi alterarea funcţiei glotice cu influenţă negativă asupra produsului fonaţiei.

Tarneaud (1961) face precizarea că sonorizarea poate fi pusă pe seama relaţiei funcţionale la nivelul laringo-faringian, a laringelui şi a elasticităţii în vibraţie a corzilor vocale, a poziţiei gâtului şi capului care, prin mişcările ce le fac, modifică tipul respirator. Când coordonarea şi reglarea se realizează în mod normal prin intermediul sistemului nervos şi prin hormonii glandulari, care alimentează chimic celulele, putem vorbi de o creştere calitativă a sonorităţii şi de o patologie a acesteia în condiţiile dereglării relaţiei dintre componentele respective.

Spre exemplu, poziţia capului determină emiterea diferită a sunetelor; capul ridicat şi bărbia în sus amplifică sunetele şi rezonanţa acestora în cavitatea superglotică, formând registrul înalt sau de cap, iar poziţia capului plecat, cu bărbia în piept produce un registru grav sau de piept. Calităţile vocii devin mai plăcute, când trecerea de la un registru la altul se face lent şi nesesizabil. Aprecierea timbrului vocal în strălucit sau mai puţin strălucit a dus la etichetarea vocilor în voci timbrate bine sau în voci şterse, detimbrate.

În cazul când este afectată verticalitatea posturii generale, ca în cazul prezenţei lordozei lombare, a cifozei dorsale, a rigidităţii gâtului şi capului, respiraţia este îngreunată prin perturbarea ritmului şi a volumului, ceea ce determină o fonaţie inconstantă, cu timbru

alternativ într-o voce gravă şi aspră, cu o pierdere a înălţimii sunetului spre finalul emiterii lor.

Poziţia corectă şi sincronizată a corpului, a gâtului şi a capului, ca şi poziţia culcată pe spate, favorizează actul de respiraţie costo-diafragmatică şi, astfel, se dovedeşte utilă fonaţiei, imprimându-i un caracter de suplete şi precizie spre deosebire de respiraţia vitală care asigură mărirea amplitudinii de la nivelul cutiei toracice. Orice dificultate, pe acest plan, poate fi corectată printr-o serie de exerciţii care se fac în poziţie verticală sau în poziţie culcată. Aceste exerciţii se realizează prin imprimarea relaxării, voluntar şi conştient, cu o gestică asemănătoare celei de reglare a derulării actului expir-inspir pentru adaptarea respiraţiei la tipul de sex, în care glota trebuie să aibă o poziţie deschisă; trebuie evitate contracţiile musculare şi crisparea. Avantajul poziţiei verticale constă în faptul că subiectul îşi va putea controla mişcările alternative ale abdomenului şi cutiei toracice consecutive inspirului şi expirului fără să mai fie nevoie de palparea lor cu mâinile fixate, una pe abdomen şi alta pe piept. Tocmai de aceea am precizat că metodele şi procedeele preconizate de noi în cadrul terapiei generale a tulburărilor de limbaj îşi dovedesc utilitatea deplină şi în tulburările vocii.

Corectarea tulburărilor de voce vorbită sau cântată nu se poate realiza în afara unor exerciţii care vizează poziţia corectă (fiziologică) şi armonioasă a tuturor părţilor componente ale organismului (gât, cap, picioare, faţă, spate etc.) pentru a dezvolta o psihomotricitate generală utilă actului fonator.

Repausul vocal absolut necesar se recomandă în tulburările complexe ale vocii, provocate de o etiologie ce tinde să agraveze starea individului, cum ar fi: hemoragiile corzilor vocale, rupturile vasculare, rupturile mucoasei corzilor vocale, cancerul laringian etc. Durata repausului se indică în raport de gravitatea afecţiunii cu o medie de circa 10 zile şi cu păstrarea unei relaxări fizice şi psihice. Când tulburările nu sunt atât de accentuate, se poate indica un repaus vocal discontinuu, iar terapeutul evaluează, periodic, starea subiectului. La cântăreţii profesionişti, care fac o disodie, după repaus şi odihnirea aparatului fonator se fac exerciţii pentru corectarea vocii.

Toate intervenţiile logopedice se pot desfăşura în paralel cu tratamentul medical sau după intervenţia medicală, dar trebuie avut în vedere că sunt şi cazuri în care acesta poate lipsi (spre exemplu, tulburările vocii la copii apărute pe bază de imitaţie sau printr-o proastă folosire a aparatului fonator, unele tulburări apărute pe bază

psihogenă) şi se dovedeşte eficace terapia logopedică. Pe cât este posibil, subiectul trebuie ajutat să devină conştient de mişcările efectuate prin exerciţiile logopedice de către componentele aparatului fonator, pentru a putea fi controlate şi activate voluntar.

6. **Metoda psihoterapiei** este deosebit de importantă pentru toate persoanele cu tulburări de limbaj, fapt ce a făcut obiectul unei analize extinse în abordarea terapiei bâlbâielii, iar obiectivele, condiţiile şi modul de aplicare sunt, în egală măsură, valabile şi în terapia tulburărilor de voce. Subliniem necesitatea psihoterapiei cu această ocazie, pentru că prin intermediul ei putem reda subiectului încrederea că tulburarea de voce are un caracter pasager şi că poate fi corectată, că nu toate afecţiunile vocii sunt de natură benignă, iar activitatea verbală poate fi reluată şi desfăşurată în mod normal după un scurt timp, ca urmare a intervenţiilor psiho-logopedice

Este nevoie de psihoterapie pentru a reda încrederea subiectului în capacităţile şi performanţele sale verbale, dar şi pentru faptul că îi vom conştientiza acestuia ideea că aportul său la conservarea vocii devine fundamental, prin respectarea unei igiene vocale, evitarea unor abuzuri şi înscrierea pe traiectoria unei stări de sănătate psihoafective şi că toate acestea îi facilitează funcţionalitatea fonaţiei în limitele normalităţii.

Actul psihoterapeutic poate fi extins, în funcţie de caz şi situaţie, şi asupra familiei, asupra persoanelor apropiate din anturajul subiectului pentru a-i determina să-l susţină şi să-l înţeleagă, să contribuie la crearea confortului psihic în care atmosfera de relaxare, de siguranţă şi de susţinere să fie percepută ca atitudine de grijă şi de atenţie, de dragoste şi de apreciere pentru activitatea pe care o desfăşoară subiectul.

O importanţă cu totul deosebită trebuie să o acordăm persoanelor cu disfonie psihogenă care vor fi incluse într-un program psihoterapeutic încă de la constatarea primelor semne ce ne pot indica că tulburările vocii sunt determinate de factori psihologici. În acest context, este nevoie să detensionăm subiectul, să-l scoatem din starea stresantă şi să-i formăm, prin sugestie, o atitudine pozitivă faţă de sine şi încredere în posibilităţile de corectare a dificultăţilor vocale. În paralel, se poate explica subiectului efectul negativ asupra vocii în condiţiile de stres puternic, în emisiile şi tensiunile devastatoare, în stările conflictuale şi anxioase, în inhibiţiile de orice fel. Detensionarea subiectului se va face odată cu urmărirea câştigării încrederii acestuia în psihoterapeut.

La persoanele în vârstă, au loc frecvente tulburări ale vocii prin implicarea unor factori psihogeni în care depresia şi tensiunea psihică se accentuează similar cu ceea ce se întâmplă în condiţiile atmosferei de nelinişte şi deprivare afectivă, ceea ce implică o susţinere psihoterapeutică prin compensare şi restabilire a echilibrului psihic.

Adeseori, în afecţiunile neurologice sau în cele produse sub influenţa unor factori psihogeni (în mod deosebit stresul şi stările emoţionale accentuate şi dublate de anxietate) pot provoca tremorul vocal, mai frecvent între 30-40 de ani, cu prezenţa unor contracţii ritmice la nivelul muscular general sau localizate numai în sistemul fonator. Un astfel de tremor poate fi însoţit de spasme şi când disfonia capătă caracteristici spasmotice, dar disfonia poate exista şi în afara spasmului, aşa cum tremorul se poate instala la nivelul vocii fără să provoace propriu-zis o disfonie. În aceste cazuri, subiectul răspunde la intervenţia psihoterapeutică şi nu reacţionează pozitiv la un tratament medicamentos. De aici, rezultă, încă odată, importanţa şi necesitatea psihoterapiei, ca şi a efectelor ei pozitive în tulburările de voce şi, în general, în terapia tulburărilor de limbaj.

Pentru terapia logopedică a unei tulburări de voce, prezentăm un model al tehnicilor şi metodelor ce pot fi aplicate şi posibil de extins şi la alte forme.

Forma tulburării diagnosticate	Metode şi tehnici logopedice
Vocea de falset, oscilantă, cu alternanţă	• Se explică şi se învaţă poziţia corectă a gâtului, capului şi trupului în timpul emisiei vocale; • Exerciţii de inspir-expir şi de emitere în expir prin dozarea aerului pulmonar; • Exerciţii de relaxare; • Diminuarea tensiunii laringiene şi coborârea laringelui.
Afectarea timbrului	• Interpretarea unor roluri cu voci diferite; • Exersarea timbrului înalt şi scăzut, prin lectură; • Fredonarea de melodii pe tonuri diferite; • Exersarea auzului fonematic, prin emiterea de sunete pe tonuri diferite.

Disfonii produse prin suprasolicitarea vocii	• Se recomandă repaus vocal pe o perioadă limitată, în funcţie de gravitatea tulburării; • Exerciţii de relaxare generală şi de sincronizare a mişcărilor a elementelor fonatoare; • Exerciţii de imitare a masticaţiei, în paralel cu emiterea vocală; • Exerciţii de creştere a tensiunii corzilor vocale prin echilibrul mişcărilor maxilarelor.
Disfonii hiperchinetice	• Exerciţii de coborâre a maxilarului inferior; concomitent cu coborârea laringelui; • Se exersează presiunea în jos a mărului lui Adam; • Se deblochează cavitatea faringo-laringiană; • Exerciţii de relaxare.
Disfonii hipochinetice	• Exerciţii de presiune a mărului lui Adam, în sus, pentru ridicarea laringelui; • Exerciţii de alternanţă a emiterii sunetelor surde şi a celor explozive; • Exerciţii pentru sensibilizarea la inflexiuni şi la receptarea acustică a vocii; • Exerciţii de relaxare.
Atacurile dure ale glotei şi întreruperea fonaţiei	• Exerciţii de lectură cu voce înaltă, folosindu-se de preferinţă emiterea prelungă a vocalelor şi ulterior integrarea lor în vocea înaltă; • Exerciţii de sincronizare a mişcărilor componentelor fonaţiei; • Exerciţii de fixare a respiraţiei costo-diafragmatice.
Voce de intensitate scăzută versus stridentă	• Exerciţii de interpretare a unor roluri cu fraze şi inflexiuni diferite; • Exerciţii pentru mărirea sau scăderea fluxului de aer, în funcţie de tulburare; • Exerciţii pentru creşterea sau scăderea tensiunii laringiene, după situaţie; • Exersarea recepţiei pentru auzul vocal.
Voce aritmică, gravă sau lentă	• Exerciţii de relaxare; • Dezvoltarea ritmului în vorbire după metodele folosite în bâlbâială; • Exerciţii de prelungire a emiterii cuvintelor şi frazelor, concomitent cu prelungirea respiraţiei; • Ridicarea tonului prin apropierea corzilor vocale determinate de presiunea degetelor pe ambele părţi ale gâtului.
Pentru toate tulburările	Metode de relaxare şi psihoterapie.

Capitolul VIII

AFAZIA

1. Delimitări conceptuale şi preocupări în studiul afaziei

Încă din cele mai vechi timpuri au fost înregistrate o serie de preocupări cu privire la afazie şi la delimitarea acesteia de alte afecţiuni în care sunt implicate diferite tulburări ale limbajului şi comunicării, în general. În paralel, au fost făcute remarci interesante asupra altor dereglări produse la nivelul unor funcţii psihocomportamentale şi acţionale, generate de afazie. La multe din acestea se referă şi L. Dănăilă şi M. Golu (2006) din perspectiva unei analize contemporane în care informaţiile vehiculate sunt raportate la datele şi progresele actuale.

În acest context, trebuie menţionată contribuţia de început a mediului antic, Hipocrat (400 î.e.n.) care, preocupat fiind de descrierea apoplexiei sau a epilepsiei, remarca faptul că afazia defineşte evoluţia gravă şi în timp a bolii respective. Autorul face distincţia între *afazie* ca efect al leziunii produse la nivelul emisferei stângi, *anartriei*, ca tulburare a exprimării şi *afoniei*, ca tulburare a vocii manifestate, în principal, prin pierderea acesteia. Iată, deci, că Hipocrat joacă un rol de pionierat în domeniu şi de deschizător de drum pentru cercetările unor fenomene deosebit de complexe pentru vremurile respective. Mult mai târziu, Valerius Maximus (30 e.n.) descrie un caz la care dispare capacitatea de a citi prin pierderea memoriei literare, ca urmare a unei lovituri suferite la cap, în timp ce memoria pentru alte situaţii funcţiona normal. Se poate face precizarea că la acest subiect este vorba de o alexie traumatică cu păstrarea integrităţii relative a celorlalte funcţii. Pe aceeaşi linie, îl cităm pe Sixtus Empiricus (200 e.n. după Patrick, 1899) care face referiri mai clare la termenul de afazie, inspirat de concepţia scepticilor greci.

În epoca Renaşterii, Guainerio (1481) descrie afazia pe baza observării pierderii memoriei cuvintelor şi a capacităţii de evocare a numelui unor persoane la doi bolnavi pe care îi avea în tratament. Paracelsus (1493-1541, citat de Ebstein, 1915) face referiri consistente la relaţia dintre paralizie şi tulburările vorbirii, în cazul unor afecţiuni ale creierului, dar este de părere că unele deficienţe de vorbire, de auz şi de văz pot apărea şi în afara paraliziei.

Din secolul al XVII-lea, datele prezentate de diverşi autori asupra afaziei devin tot mai consistente şi se bazează, nemijlocit, pe observaţii clinice. Astfel, Schmidt (1676) descrie un caz cu tulburări de limbaj de tipul afaziei motorii, concomitent cu existenţa deficitului motor la nivelul membrelor drepte. Bolnavul respectiv întâmpina dificultăţi la citit, dar avea păstrat scrisul. Alexia de care suferea s-a menţionat şi după ca afazia s-a restrâns şi subiectul avea posibilitatea să comunice mai bine. Un caz similar raportează şi Rommel (1683) care prezenta o afazie motorie în urma căreia avea dificultăţi în repetarea cuvintelor şi a propoziţiilor, dar înţelegea atât limbajul oral, cât şi pe cel scris.

Desigur, astfel de cazuri au fost prezentate de foarte mulţi autori, dar nu este aici locul să facem o înregistrare exhaustivă a acestora. Remarcăm numai unele contribuţii de cotitură pentru vremea respectivă şi care au determinat noi abordări sau au adus elucidări pe direcţia confruntărilor de idei.

Din perspectiva subliniată, îl menţionăm şi pe Carl Linné (1745); el descrie cazul unui pacient care prezenta iniţial o paralizie urmată de o afazie expresivă cu tulburări severe de vorbire. Subiectul avea o vorbire ce nu putea fi înţeleasă şi o pierdere a memoriei substantivelor, ca şi o posibilitate de a repeta vorbirea dar, în schimb, şi-a păstrat relativ capacitatea de a citi. Un alt autor, Olof Dalin (1745) face referiri la un bolnav care în urma unui atac cerebral, paralizează pe partea dreaptă a corpului şi pierde capacitatea de a vorbi, dar reuşea să cânte unele melodii învăţate înainte de îmbolnăvire şi să înţeleagă vorbirea.

Mai interesante sunt cazurile prezentate de Giovanni Battista Morgani (1769) care se referă la bolnavi cu pierderea vorbirii în urma atacurilor de apoplexie, a traumatismelor produse la nivelul capului şi a bolilor cerebrale. Deşi subiecţii prezentaţi de el şi-au pierdut capacitatea de a vorbi, ei înţelegeau limbajul. Din descrierile autorului, rezultă faptul că, pe de o parte, paraliziile şi dificultăţile motorii ale vorbirii pot fi provocate de unele leziuni cerebrale, iar pe de altă parte, tulburările motorii şi cele ale vorbirii sunt puse în relaţie cu hemiplegia dreaptă şi cu traumatismele emisferei cerebrale stângi, adică relaţia dintre paralizia unei părţi a corpului cu afectarea emisferei opuse. În legătură cu aceste date, Ebstein (1915) îşi exprimă

o părere foarte optimistă, deoarece consideră că stabilirea relației dintre afazie, hemiplegia unei părți a corpului și afectarea emisferei opuse poate constitui o soluție pentru noi cercetări și interpretări a fenomenului afazic.

Și Johann Gesner (1738-1801) descrie mai multe cazuri studiate de el cu o paletă diversă de tulburări și face, în paralel, referiri la alți subiecți prezentați în literatura de specialitate, ajungând la o analiză psihopatologică complexă a vorbirii, pe fondul unor afectări ale creierului sau ale modificării activității unor segmente organice și funcționale ce antrenează tulburări la nivelul diferitelor componente psihice. Dacă până la el se credea că tulburările de limbaj sunt în relație nemijlocită cu declinul general sau al memoriei generale, Gesner este de părere că deficitele limbajului apar ca efect al unei componente a memoriei generale și anume, a memoriei verbale. Ca urmare a afectării memoriei verbale, subiectul are dificultăți în a asocia imaginile sau ideile cu exprimarea prin simboluri verbale, de unde și prezența frecventă în limbaj a parafrazărilor, și, astfel, se recurge la folosirea unor cuvinte neadecvate ca expresie a uitării vorbirii și nu ca un însemn al tulburărilor de înțelegere sau de gândire. Atunci, afazia expresivă, spune Gesner, nu poate fi redusă la o paralizie a limbii sau a unui organ oarecare, ci ea este determinată de o boală a creierului care împiedică funcționarea normală a organului respectiv.

Mergând pe linia diferențierii formelor afazice, remarcăm ideile lui Albert Pitres (1898) care are în vedere prezentarea unor cazuri pe care el le numește afazie amnezică pură. În asemenea situații, dificultățile de limbaj ale subiectului sunt determinate de uitarea cuvintelor necesare exprimării conținutului ideativ. El considera că o asemenea formă de afazie este determinată de lezarea lobului parietal inferior cu posibilitatea ca în unele cazuri leziunea să poată fi extinsă și la nivelul girusului angular. Întrucât zona respectivă nu este singura care e implicată în stocarea memoriei cuvintelor, afazia se poate produce și ca urmare a deficitelor de conexiune dintre cortex, în general, și centrii psihosenzoriali. Din acest motiv, afazia amnezică mai poate fi numită și afazie transcorticală. Pitres a sesizat că afazicii studiați nu se manifestau identic, unii erau conștienți de tulburarea lor parafrazică, iar alții nu puteau realiza diferența respectivă.

De cele mai multe ori, afazia amnezică pură se întâlnește în mod izolat, căci, frecvent, ea se asociază cu dificultăți de repetare a cuvintelor, a propozițiilor și a citirii cu voce tare.

Conceptul de „afazie amnezică" a fost folosit înainte de Pitres, și de Bateman (1870), Kussmaul (1876) și Benti (1886). Aceștia din urmă se refereau la subiecții care prezentau o lipsă de abilitate în găsirea denumirilor adecvate pentru obiecte și persoane, ceea ce semnifica un deficit de memorie.

Deși afazia amnezică, descrisă de Pitres, a provocat multe controverse pro și contra, ea rămâne un fapt confirmat, în bună măsură, de datele clinice acumulate ulterior.

Interesant este că scriitorul Goethe (1749-1832) se referă la două cazuri de afazie motorie, se pare că bunicul și tatăl său, care nu puteau comunica verbal cu cei din jur, dar reușeau să se folosească de gesturi pentru a se putea face înțeleși cu auditoriul.

Benton (2000) apreciază că toate aceste contribuții sunt importante pentru evidențierea manifestărilor clinice ale afaziei cât și pentru aspectele psihopatologice prezentate și punerea în evidență a bazei neuropatologice a afaziei, iar L. Dănilă și M. Golu (2006) evidențiază că până în anul 1800, au fost descrise aproape toate formele clinice ale afaziei (afazia motorie, parafazia, jargonofazia, alexia, agrafia) și mai puțin afazia senzorială.

După cum s-a văzut, problematica afaziei este una dintre cele mai studiate, atât din perspectivă medicală, cât și din cea psihologică, dar este departe de a fi complet elucidată, rămânând astfel, o serie de aspecte controversate și disputate de pe poziții diametral opuse. Se remarcă, în acest context, interpretările date afaziei din trei direcții distincte, localizaționiste, holiste sau echipotențialiste și psihologizante care au determinat, de-a lungul timpului, cercetările întreprinse de diferiți autori. Și în analiza făcută de A. Kreindler și A Fradis (1970) cu privire la istoricul evoluției cercetărilor asupra afaziei, se subliniază contribuția autorilor influențată de una din aceste poziții. Tocmai aceste concepții la care au aderat, mai mult sau mai puțin, i-au influențat în mod determinant pe specialiștii respectivi să interpreteze fenomenologia afaziei din perspective atât de diferite. Dar prin aceasta, demersul lor nu este mai puțin important deoarece fiecare își aduce o contribuție interesantă ce trebuie cunoscută, iar datele obținute pot fi coroborate și interpretate prin viziunea modernă a dezvoltării științelor medicale și psihologice. Cum vom vedea în continuare, contribuțiile specialiștilor marchează progresul în

cunoaşterea afaziei pentru perioada în care au trăit şi şi-au desfăşurat activitatea. Şi în continuare, ne vom referi la o parte dintre aceştia, şi anume la cei care au reuşit să creeze o viziune personală în interpretarea fenomenului afazic.

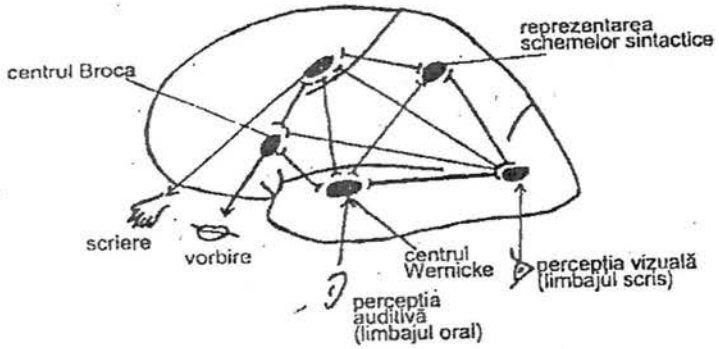
Ca fondator al frenologiei, F. Gall (1757-1828) a apreciat că limbajul este localizat în zona frontală a creierului. Bouillaud (1825), pornind de la ideile lui Gall, a constatat că vorbirea poate fi alterată chiar şi atunci când mişcările automate şi voluntare ale limbii sunt păstrate. Autorul respectiv se opune concepţiei lui Flourens, potrivit căreia creierul nu produce nici un fel de influenţă asupra muşchilor. Interesantă este şi afirmaţia sa potrivit căreia vorbirea articulată este localizată în lobii anteriori ai creierului şi ca urmare a rolului jucat de acesta, pot avea loc alterări grave ale vorbirii şi în cazul muşchilor fonatori. Ca urmare, el ajunge la distincţia dintre afazia motorie şi disartrie, ceea ce reprezintă un real progres pentru diagnoza diferenţială a tulburărilor de limbaj cu substrat neuromotor. Interesantă este şi distincţia pe care Bouillaud o face între afazia expresivă şi afazia amnestică, distincţie valabilă şi în prezent şi pe care Benton (2000) o subliniază ca pe o contribuţie majoră la diagnoza diferitelor forme de afazie. Bazat pe datele lui Bouillaud şi anterior, pe cele ale lui Andral (1834), se pare că pentru prima dată, Marc Dax (1846) a intuit asocierea posibilă dintre leziunile emisferei stângi şi afazie, deschizând calea descoperirilor lui Broca, alături de autorii citaţi mai sus. Astfel, Broca (1861) porneşte de la un caz de afazie, un bărbat de peste 50 de ani, care a pierdut funcţia limbajului la 21 de ani şi care repeta de câteva ori o singură silabă ce o putea pronunţa, dar reuşea să înţeleagă bine vorbirea celor din jurul său. După observarea şi a altui caz asemănător, Broca emite ideea că *afemia* (ceea ce numim noi astăzi *afazie motorie*) este localizată în a treia circumvoluţie frontală stângă. Subiecţii descrişi de Broca cu afemie înţelegeau vorbirea şi aveau idei, dar nu le puteau exprima prin cuvinte, din cauza dificultăţilor de coordonare a mişcărilor de la nivelul aparatului fonoarticulator. Când intervenea şi o stare amnezică, era afectată şi capacitatea de a stabili relaţii între idei şi cuvinte, iar dacă aveau loc şi deteriorări la nivelul intelectului, atunci dispăreau ideile pe care dorea să le exprime.

În descrierea făcută afaziei motorii, Broca consideră că, în esenţă, vorbirea se păstrează, iar muşchii vocii şi articulaţiei nu sunt afectaţi, aşa cum nici la nivelul auzului şi a intelectului nu apar modificări majore, dar deteriorarea vorbirii articulate se produce prin existenţa unei leziuni cerebrale care determină, de altfel, şi dispariţia memoriei mişcărilor implicate în articularea cuvintelor, fără a interveni tulburări ale intelectului. Opus lui Broca, Trousseau (1877) considera tocmai că afazia semnifică, concomitent, o pierdere a memoriei cuvintelor, a memoriei mişcărilor articulării acestora, ca şi a inteligenţei. Ulterior, afemia descrisă de Broca, a fost interpretată ca o formă de afazie pură sau ca o afazie motorie subcorticală cu un substrat lezional subcortical precis.

Deşi teoria localizaţionistă a afazici a fost mult timp controversată, ea rămâne o contribuţie importantă, menită să evite speculaţiile cu privire la căutarea mecanismelor afaziei şi a căpătat „un sprijin experimental prin experienţele cu stimularea electrică a scoarţei cerebrale" (A. Kreindler, A. Fradis, 1970). În fond, în acele timpuri, se remarcăm confruntare vie între adepţii localizaţionismului care doreau să ajungă la mecanisme neurologice precise în explicarea psihologică, bazată pe afirmarea a ceea ce numim astăzi, unitatea psihismului uman. În acest context, se desprinde opinia celebrului medic francez, Charcot (1883) care sublinia existenţa unor cazuri de afazie, fără să poată fi pusă în evidenţă vreo leziune la nivelul celei de a treia circumvoluţii frontale, pe care se baza afemia lui Broca. Mai târziu, nu au putut fi aduse date convingătoare în sprijinul ideilor lui Charcot, fie pentru că unele cazuri au avut numai o afazie temporară, fie că unii subiecţi afazici puteau avea leziuni subcorticale, după părerea lui Déjerine.

O altă contribuţie importantă la explicarea afaziei este acea a lui Wernicke (1874) care descrie ***afazia senzorială*** cu un substrat lezional la nivelul primei circumvoluţii temporale. El arată că esenţial este, pentru afazicii senzoriali, pierderea capacităţii de înţelegere a limbajului, a înţelegerii auditive a vorbirii chiar dacă auzul elementar al sunetelor se păstrează. Wernicke demonstrează că în afazie, principalul fenomen ce o determină constituie lipsa de înţelegere a vorbirii, ca urmare a lezării lobului temporal posterior din emisfera stângă. Deşi unele funcţii ale limbajului sunt afectate, el a negat că afazicii prezintă obligatoriu şi tulburări ale intelectului. El a lăsat să se înţeleagă că afazicul are posibilitatea de a stoca imaginile memorate caracteristice mişcărilor vorbirii expresive. Şi prin contribuţia cercetărilor anterioare, s-a acreditat tot mai clar ideea că centrul pentru imaginile memorate ale mişcării vorbirii expresive sunt localizate în aria Broca a zonei frontale posterioare, iar pentru imaginea cuvintelor memorate auditiv este caracteristică localizarea în aria Wernicke din

lobul temporal posterior şi, în fine, pentru memorarea vizuală a cuvintelor a fost apreciat ca fiind implicată partea posterioară a girusului angular. Când se produce afectarea conexiunilor dintre aria Broca şi aria Wernicke, subiectul prezintă dificultăţi de expresie verbală, cu toate că se păstrează, parţial, înţelegerea vorbirii (Benton, 2000, L. Dănilă şi M. Golu, 2006). Wernicke este cunoscut şi prin descoperirea ***teoriei asociaţioniste a afaziei***, ce se bazează pe descrierea punctelor de asociaţie de la nivelul creierului, care sunt legate între ele prin fibre comisurale, facilitând, astfel, producerea activităţilor senzoriale şi a facultăţilor intelectuale prin înregistrarea „imaginilor" de la cele două niveluri, permiţând funcţionarea unitară a sistemului psihic uman. În timp ce Wernicke era de părere că nu există decât o formă de afazie senzorială, ce poate cunoaşte în evoluţia ei etape diferite, Kussmaul (1877) este de părere că sunt două forme de afazie senzorială şi anume, prima se caracterizează prin ***surditate verbală***, în care fenomenul principal este acela al tulburărilor de înţelegere auditivă, iar cea de a doua formă constă în ***cecitate verbală***, în care dominantă este tulburarea de înţelegere a scrisului.

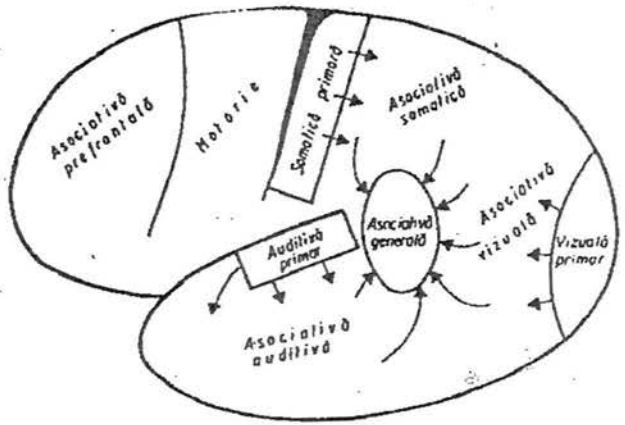


Nivelul cortical şi integrarea limbajului

În paralel cu căutările legate de mecanismele explicării afaziei, au apărut o serie de preocupări referitoare la distincţia ce trebuie făcută între aceasta şi alte forme grave de tulburare a limbajului pe un fond neurologic mai mult sau mai puţin precizat. Astfel, Leyden (1867) a introdus în ştiinţă conceptul de ***anartrie*** pentru tulburările grave de articulaţie provocate de paraliziile bulbare, ca ulterior să extindă sensul acestuia la toate afecţiunile paralitice care provoacă tulburări de articulaţie. Dar se ştia încă de la Bouillaud (1825) că

dispariţia capacităţii de a vorbi nu anulează, obligatoriu, alte funcţii ale limbajului şi ale elementelor anatomo-fiziologice implicate în producerea vorbirii, căci existenţa unui „centru coordonator al mişcărilor necesare vorbirii articulate" contribuie la reglarea actelor respective. Un alt autor, Fleury introduce termenul de ***afrazie*** pentru subiecţii care pot pronunţa, dar nu reuşesc să realizeze o înţelegere completă a cuvintelor, ceea ce înseamnă că afrazia se deosebeşte de afemia lui Broca. Încercări similare de departajare a afaziei de alte tulburări le fac Ogle şi Bastian, primul prin descrierea agrafiei, iar cel de al doilea, prin descrierea surdităţii verbale.

În acele timpuri s-a acreditat tot mai mult ideea că există două centre majore pentru desfăşurarea activităţii cuvintelor şi altul este „centrul vorbirii articulate" ce facilitează memoria articulării cuvintelor. Între aceşti doi centri există o strânsă legătură ce se realizează printr-o mulţime de conexiuni care asigură funcţionalitatea lor. Când aceşti centri sunt integri, activitatea se desfăşoară în condiţii normale şi ea se perturbă când unul sau ambii centri sunt afectaţi. Astfel, când centrul auditiv verbal este lezat se instalează surditatea verbală şi parafrazia, iar prin afectarea centrului vorbirii articulate, se ajunge la tulburări grave ale pronunţiei de tipul anartriei. Situaţia devine şi mai gravă când sunt distruşi ambii centri, ceea ce duce la pierderea totală a vorbirii. O altă situaţie este dată de întreruperea legăturilor dintre centrul auditiv verbal şi centrul auzului sau dintre centrul vorbirii articulate şi centrii motori ai limbii şi buzelor şi astfel se produce ***afazia subcorticală*** (surditate verbală) şi respectiv, ***afazia pură***.



Localizările principalelor arii corticale

A. Kreindler şi A. Fradis apreciază că aceste idei au stat, în vremurile respective, la baza „construirii a numeroase scheme" ce erau destinate descrierii şi ierarhizării diferitelor forme de afazie. Printre autorii care au elaborat astfel de scheme mai cunoscute, amintim pe Wernicke (1874), Charcot (1883), Déjerine (1901, 1913), Pierre Marie (1906), H. Jackson (1915), H. Head (1926), K. Goldstein (1933) ş.a. Asupra unor clasificări mai importante ale afaziei vom reveni pe larg într-un alt paragraf. Deocamdată, dorim să subliniem contribuţia lui Jackson şi Head, ca şi a şcolii româneşti, pentru a putea reţine progresele realizate în studiul afaziei până la începutul secolului XX, după care cercetările, pe acest plan, se înscriu pe o linie modernă, facilitată de avântul înregistrat în toate domeniile ştiinţifice.

Interesant este modul de abordare a afaziei de către H. Jackson (1915). Nemulţumit de limitele explicaţiei date afaziei de adepţii localizaţionismului, Jackson adoptă interpretarea psihologică a afaziei, pornind de la o serie de observaţii clinice. Conştient de importanţa gândirii şi a limbajului, autorul subliniază raportul nemijlocit dintre ele, dezvoltând ***concepţia sa dinamică***. Atunci când creierul, dintr-un motiv sau altul, este afectat, funcţiile cerebrale sunt afectate în proporţii diferite. Aşa spre exemplu, în afazie, sunt perturbate mai cu seamă funcţiile complexe şi voluntare ale vorbirii, iar cele inferioare şi automatizate se conservă mai bine. În afazie, limbajul „propoziţional" este mai afectat în raport cu limbajul „emoţional", iar limbajul interior este şi el afectat ca şi cel exterior, ceea ce face ca gândirea să aibă de suferit.

Jackson se remarcă şi ca oponent al teoriei asociaţioniste. Astfel, el este de părere că definirea afaziei prin pierderea cuvintelor constituie o eroare, căci este vorba de o tulburare a folosirii cuvintelor şi trebuie făcută distincţia între vorbirea automată şi vorbirea intelectuală. Afazicul păstrează vorbirea automată, dar pierde posibilitatea utilizării vorbirii cu sens (a propoziţiilor) care constituie unitatea de bază a limbajului şi cuvântul, cum apreciau asociaţioniştii. Superioritatea gândirii constă tocmai în exprimarea ei prin vorbirea propoziţională, dar care la afazic este afectată, ca urmare a unor leziuni locale şi nu a unui centru al limbajului, a cărui existenţă Jackson o neagă.

Lucrările lui Jackson l-au inspirat şi pe S. Freud, care a elaborat un alt model explicativ al afaziei, într-o anumită măsură bazat şi pe concepţia lui Wernicke şi a lui Lichtheim. Freud nu consideră că sunt deosebiri majore între afaziile centrale şi afaziile de conducţie. De fapt, el apreciază că toate manifestările afazice nu sunt altceva decât tulburări ale afaziei de conducţie ce au drept cauză dereglările conexiunilor neuronale ale creierului. Deşi Freud accepta existenţa ariilor Broca, Wernicke şi a girusului angular, considera că ele nu au un rol determinant în producerea, în imprimarea specificităţii funcţionale, aceasta fiind îndeplinită de legăturile dintre zonele corticale, motorie şi senzorială. Lezarea uneia sau a alteia din zonele creierului deteriorează relaţia cu alte părţi ale organismului respectiv. Freud recunoaşte şi existenţa unor dificultăţi cognitive în afazie, dar factorii intelectuali sunt mai puţin implicaţi aici.

Contribuţia lui Freud nu este deosebită pentru acest domeniu. Multe dintre ideile vehiculate de el nu se bazează pe analiza unor cazuri concrete, ci pe literatura de specialitate, ceea ce face ca aspectele la care se referă să aibă un caracter speculativ. Totuşi, unele idei prezentate de el au fost reluate de alţi autori şi ca urmare a prestigiului ştiinţific de care se bucura.

Un impact semnificativ pentru cercetările ulterioare asupra afaziei l-au avut ideile lui P. Marie şi cele ale lui Déjerine, care au scos în evidenţă că în afazie se găseşte, pe lângă alte tulburări, şi un deficit de inteligenţă, cu efecte negative asupra altor manifestări psihice.

Cercetările lui H. Head (1926) pornesc de la concepţia lui Jackson. El aplică metoda semiologică şi printr-o serie de teste, doreşte să pună în evidenţă tulburările limbajului, specifice afaziei, ajungând la concluzia că, în esenţă, acestea constau în dificultăţi ale formulării şi expresiei simbolice. Astfel, afazia provoacă tulburări unitare ale vorbirii, citirii şi scrierii, la bază stând o natură primitivă a afecţiunii, cu dezintegrarea tuturor funcţiilor limbajului. Simbolurile care cuprind cuvinte şi cifre sunt afectate în proporţii diferite, în funcţie de forma şi de gravitatea afaziei, dar şi de modul de a se comporta al subiectului afazic, diferit de la un individ la altul (accentul cade pe interpretarea psihologică).

Şcoala românească are o contribuţie importantă şi recunoscută pe plan mondial, la studiul afaziei. În acest context, remarcăm studiile lui D. Noica (1921) care, bazat pe observaţii clinice, a pus în evidenţă o serie de aspecte referitoare la simptomatologia afaziei. Referindu-se la afazia motorie (1927), el remarcă ca fenomen specific, pierderea memoriei de evocare a cuvintelor şi a celei de pronunţare a acestora, dar se conservă, într-o anumită măsură, capacitatea de a pronunţa cuvinte uzuale. Spre deosebire de afazia motorie, în afazia senzorială

(de tip Wernicke) sunt afectate nu numai memoria auditivă şi cea vizuală, ci şi funcţiile perceptive auditive şi vizuale. Aceste constatări ale lui D. Noica sunt semnificative pentru diagnosticarea celor două forme de afazie, motorie şi senzorială, iar aspectele semnalate au fost confirmate de cercetările ulterioare.

Pe aceeaşi linie a şcolii româneşti, în studiul afaziei, subliniem şi contribuţia lui Gh. Marinescu şi a elevilor săi. Astfel, în 1933, Gh. Marinescu şi A. Kreindler publică o lucrare de referinţă pentru domeniul respectiv, cu titlul: „Vorbirea, afazia şi reflexele condiţionate", în care, punctul forte este acela al explicării simptomatologiei afaziei prin mecanisme fiziologice precise, ca efect al tulburărilor dinamicii corticale.

Ceva mai târziu, Marinescu, Sager şi Kreindler (1936) pun în evidenţă valenţele metodei electroencefalografice în studiul afaziei, prin intermediul căreia reuşesc să surprindă modificările electrice de la nivelul creierului la diferitele categorii de bolnavi afazici. Apoi, Marinescu, Grigorescu şi Axente (1938) studiază problematica dominanţei emisferice a limbajului, prin analiza unui caz de hemiplegie dreaptă şi afazie, ca efect al ramolismentului arterei cerebrale anterioare drepte, subiectul fiind cu preferinţă manuală dreaptă.

Psihologul G. Georgiade (1942) studiază simptomatologia tulburărilor afazice intervenite în urma unor traumatisme. În astfel de cazuri, au putut fi evidenţiate tulburări motorii, receptive, lexice, grafice şi de calcul. Pe baza aplicării unor probe psihologice, au fost constatate şi reducerea capacităţii de memorare, de utilizare a judecăţii şi a raţionamentului, ca în final, să se producă tulburarea inteligenţei. Prin folosirea probelor psihologice, Georgiade deschide noi căi în studiul afaziei.

Faptele ştiinţifice acumulate au creat posibilitatea şi perspectiva implementării ulterioare a activităţilor de reeducare a afazicilor, iniţiate de I. Lupulescu şi Lidia Petrescu.

2. *Alte contribuţii la explicarea mecanismelor afaziei*

Contribuţia localizaţioniştilor la explicarea afaziei se bazează pe existenţa unui centru al limbajului, relativ bine delimitat, la nivelul creierului. Ca urmare, lezarea acestui centru are un efect imediat în producerea afaziei. Ei afirmă cu convingere că un astfel de centru al

limbajului se află în zona temporalului stâng, pentru persoanele cu preferinţă manuală dreaptă şi la nivelul temporalului, drept pentru stângaci. Lezarea unuia dintre aceşti centri produce afazie, în funcţie de specificul dominanţei cerebrale (şi respectiv, a preferinţei manuale care este inversă dominanţei cerebrale), adică o deteriorare gravă a limbajului, în timp ce alte funcţii psihice ce nu au localizarea în aceşti centri, se pot conserva mai bine în timp. Lezarea altor zone, cum sunt cele occipitale sau frontale, nu implică fenomenul afazic.

Opus localizaţionismului, apare punctul de vedere potrivit căruia activitatea creierului se desfăşoară ca un tot, deoarece între diferitele zone ale creierului se realizează multiple legături prin fibrele nervoase şi atunci, funcţionalitatea corectă sau dimpotrivă, abolirea unor funcţii psihice, constituie un efect nemijlocit de a-şi conserva zone mai mult sau mai puţin întinse în activitate. Astfel, pe baza asociaţiilor şi a echilibrului funcţional, de la nivelul creierului, se asigură efectul de activităţi de „tot", cu consecinţe în evaluarea psihismului uman ca un tot unitar.

În acest context, trebuie făcută menţiunea că cercetări mai recente au demonstrat că sunt anumite funcţii psihice puternic localizate, cum sunt şi funcţiile limbajului sau cele ale modalităţilor senzoriale etc. Chiar şi aceste idei ne fac să credem că cele două poziţii, la care ne-am referit mai sus, nu sunt diametral opuse, ele sunt consistente şi duc la descoperirea adevărurilor ştiinţifice, atâta timp cât se evită exagerările şi negarea celeilalte poziţii.

Unii localizaţionişti, cum este cazul lui Kleist (1934) şi al lui Nielsen (1948), exagerau când apreciau că toate formele de afazie sunt determinate de lezarea unei zone precis localizate pe creier. Dacă adoptăm strict această idee, devine dificil de explicat unele din manifestările psihice pe fondul diferitelor forme de afazie. Spre exemplu, afazicii de tip Broca sunt, în general, deprimaţi, nu manifestă iniţiativă în adoptarea vorbirii spontane, în timp ce afazicii Wernicke sunt mai relaxaţi, stabilesc uşor contacte verbale, vorbesc mult, devenind chiar logoreici, euforici, sunt excitaţi şi fac mişcări largi, cu o oarecare agitaţie. Apare întrebarea firească, dacă nu cumva aceste manifestări sunt consecinţa unor influenţe ale altor zone ale creierului (probabil neafectate) în afara celor care au fost lezate şi care au provocat afazia respectivă?

Deşi recunoaşte existenţa zonelor creierului pentru limbaj, cum ar fi şi zonele indicate de Broca şi Wernicke, care prin lezare determină formele specifice de afazie (motorie şi senzorială), Déjerine

(1914) afirmă că „în anumite situații, poate fi vorba și de o lezare subcorticală ce provoacă forme pure de afazie, ca: afazia motorie pură, surditatea verbală, alexia pură". Totuși, Déjerine a publicat cazuri de leziuni bilaterale ale nucleului lenticular fără disartrie și leziuni ale nucleului lenticular stâng, fără afazie. Anartria prin leziuni centrale nu e altceva decât o tulburare artrică datorată unei atingeri bilaterale a capsulei interne.

P. Marie neagă rolul leziunii piciorului lui F3 în producerea unei adevărate afazii, susținând că ea survine numai prin lezarea zonei lui Wernicke. „Afazia Broca este o afazie Wernicke asociată unei anartrii, care se situează în sfera cadrului afaziei". (A. Kreindler, A. Fradis, 1970, pg. 24-25). În continuare, autorii citați în lucrarea de referință, publicată în 1970, sunt de părere că se poate admite o corelație între „leziunea anumitor câmpuri citoarhitectonice și anumite sindroame clinice" (pg. 25).

Încă Jackson era conștient că păstrarea unor performanțe verbale în afazia provocată de o zonă lezată a creierului se datorează țesuturilor cerebrale rămase nealterate sau sănătoase. De aici, rezultă că trebuie să acordăm importanța cuvenită nu numai zonei lezate ci și zonelor rămase intacte pentru a putea explica complexul proces al desfășurării activității psihice în afazie.

Penfield (1932) subliniază că prin lezarea zonei limbajului din emisfera dominantă, conservarea capacităților verbale ale subiectului sunt dependente de nivelul funcțional al celeilalte emisfere cu rol minor care poate, cu timpul, să preia unele funcții îndeplinite de zona dominantă. Interesante sunt și experimentele lui Penfield și Roberts (1959) care au recurs la stimularea scoarței cerebrale în paralel cu desfășurarea unor intervenții neurochirurgicale, când au constatat că numai sporadic apar simptome afazice tipice, dar se produc întreruperi ale vorbirii cu păstrarea vocalizării, neclaritate și confuzie în vorbire, amnezie nominală și parafrazie.

Arseni și Botez (1961), citați de Kreindler și Fradis, au constatat că în leziunile ariei motorii suplimentare din emisfera dominantă apar, în timp, următoarele categorii de tulburări ale vorbirii:

a. tulburări paroxistice, manifestate prin întreruperea vorbirii și prin repetarea cuvintelor;
b. tulburări tranzitorii, cum este afemia postoperatorie;
c. tulburări permanente în care nu se manifestă interesul pentru vorbire și apar anomia și disfazia expresivă.

Ulterior, Botez (1962) arată că pe baza mecanismului limbajului, afectarea aceleiași arii motorii provoacă:

a. tulburări elementare, manifestate prin afemie, întreruperi și repetiția în vorbire, un slab interes pentru vorbire;
b. tulburări disfazice de tipul disfaziei expresive și anomie.

Și Sager și Mareș (1961) se referă la cazuri de afazie tranzitorie, cu manifestări de 1-2 săptămâni, ca urmare a unor leziuni din scoarța cerebrală.

S-a constatat că performanțele lingvistice pot fi afectate și atunci când se produc leziuni la nivelul emisferei nedominante (Marie și colab., 1965). Aceste tulburări privesc mai ales, perseverările verbale, cele de grafie și de calcul.

Încercând să depășească răspunsul exclusiv al cauzei producerii afaziei de la care pornesc reprezentanții localizationismului, Wernicke întemeiază ***teoria asociationistă a afaziei***. El aprecia că există un centru auditiv verbal al cărui lezare afectează negativ atât căile aferente (receptoare), cât și pe cele eferente (efectoare), făcând imposibilă desfășurarea normală a unor lanțuri de reflexe care stau la baza atâtor acte, așa cum este și cel al limbajului. Ca atare, afazia se explică fie prin afectarea unui anumit centru, fie prin lezarea căilor de asociație dintre aceștia. Mai târziu, s-a conturat ideea susținută de Kinnier Wilson (1926) că în explicarea mecanismelor afaziei este necesar să se departajeze argumentele structurale de cele fiziologice și psihologice. Din această perspectivă, printre alții, P. Marie (1962) și Ombrédane (1962) sunt de părere că tulburările expresive din afazie devin predominante ca efect al distorsiunilor funcționale de la nivelul mușchilor articulatori. Referindu-se la distorsiunile activității expresive a limbajului, în afazie, Alajouanine, Ombrédane și Durand (1939) arată că se produc prin tulburări paralitice, distonice și apraxice.

Tulburarea motricității mușchilor buco-faciali, a buzelor, a limbii și chiar a faringelui și laringelui, la care se referă mai mulți autori, explică, într-o anumită măsură, fiziologia afaziei și cu atât mai mult o serie de simptome legate de disfazia motorie și de disartria cu caracter apraxic.

La noi, Voiculescu, Ionescu și Goldenberg (1956) au găsit o corelație între apraxia facio-buco-linguală și afazie; apoi, Duma, Papiliari, Sârbu, Vuia, Nagy (1960) confirmă cele de mai sus și, în fine, Botez (1962) leagă apraxia facio-buco-linguală de afazia motorie de origine tumorală.

Kreindler şi Fradis (1970, pg. 41) afirmă că „Aparatul verbo-motor este, însă, un complex funcţional format nu numai din aparatele musculare periferice, ci şi din proiecţiile lor pe scoarţa cerebrală (aferenţele lor kinestezice) şi capetele lor corticale senzorio-motorii. Proprioceptorii au rol însemnat în articulare, funcţionând pe un principiu de conexiune inversă. Alterarea analizatorului verbo-motor este, deseori, datorată şi unor tulburări kinestezice, al căror rol în acest mecanism nu-l cunoaştem încă precis."

Şi Hrbek (1955) sublinia rolul important pe care îl au în vorbire analizatorul proprioceptiv (kinestezic), care este localizat la nivelul lobului parietal. Circuitul dominant al vorbirii este de sorginte proprioceptivă şi motorie, iar proiecţia corticală a legăturilor acestor analizatori constituie nucleul central al vorbirii, dar nu fără participarea celorlalţi analizatori, mai ales cel acustic şi cel optic.

O atenţie deosebită i s-a acordat rolului aparatului auditiv în relaţie cu proiecţiile sale corticale şi s-a constatat că în afazie, tulburarea auditivă se întâlneşte foarte frecvent, ceea ce duce la dificultăţi de recunoaştere a cuvintelor complexe (Schuell, 1954), dificultăţi de diferenţiere a intensităţii tonului, mai cu seamă când se produc schimbări rapide ale acestuia (Stocket şi Tresser, 1954), tulburări de diferenţiere a sunetelor (Marinescu şi Kreindler, 1933), tulburări în elaborarea reflexelor condiţionate (Kaidanova şi Meerson, 1961) ş.a.

Pornind de la fiziologia pavlovistă, Marinescu şi Krendler (1933) urmăresc modul de elaborare şi de perturbare a reflexelor condiţionate al afazici, ajungând să evidenţieze aspectele de dinamică corticală pe parcursul evoluţiei limbajului şi a tulburării acestuia în afazie. Şi Fradis (1953) a cercetat fenomenul de dinamică corticală în afazie, bazat pe reflexele condiţionate motorii pentru care a folosit metoda Ivanov-Smolenski. Ulterior, această metodă a fost deseori aplicată subiecţilor afazici pentru a pune în evidenţă diferite aspecte verbale, ca urmare a elaborării reflexelor condiţionate, aşa cum a procedat Caraman şi Pendefunda (1956), Kurşev (1959)etc.

Preocupat de adaptarea unor metode cât mai viabile pentru studiul afaziei, Azeoaga (1963) elaborează o baterie de teste clinice cu scopul de a surprinde caracteristicile fiziopatologice pe parcursul tulburărilor afazice. Astfel, el evidenţiază următoarele categorii de tulburări ale dinamicii corticale la afazici:

- inerţia excitaţiei, care determină fenomene de ecolalie, perseverare şi contaminare verbală;

- dificultăţi de iradiere a stimulării, ce provoacă logoree şi parafrazie;
- abaterea de la instalarea normală a inhibiţiei, ce împiedică elaborarea răspunsurilor rapide la stimuli şi poate duce la anomie;
- dificultăţi de sinteză (citat după Kreindler şi Fradis).

Rezultă, aşadar, că afazia este o afecţiune neuropsihică ce provoacă tulburări grave ale limbajului, în toate palierele sale: al înţelegerii, al exprimării, al recepţiei, al formulării şi elaborării ideilor, fiind asociate şi tulburări ale intelectului, cu cele gnozice şi alte dereglări ale diferitelor procese şi funcţii psihice. Pe de altă parte, subliniem că majoritatea formelor afazice au la bază trei mari cauze:

- atacul cerebral cunoscut şi sub denumirea de accident ischemic vascular;
- leziunile ce apar la nivelul scoarţei sau a emisferelor cerebrale;
- tumorile cerebrale.

În literatura de specialitate se estimează că din totalul afaziilor, 60% se produc în urma unui atac cerebral, iar celelalte două cauze dau fiecare câte 20% din numărul afaziilor.

3. *Clasificare şi simptomatologie în afazie*

În literatura de specialitate pot fi întâlnite numeroase clasificări ale afaziei – aproape fiecare autor mai important propune o clasificare, mai mult sau mai puţin proprie, în timp ce alţii recurg la sistematizarea unor forme (elaborate anterior), acestea fiind apreciate ca esenţiale pentru demersul întreprins. Nu vom prezenta toate aceste clasificări, ci numai pe cele mai des folosite în practica clinică şi cele mai acceptate de specialiştii în tulburările de limbaj. În paralel, vom sublinia aspectele simptomatologice mai importante care fac posibilă definirea şi recunoaşterea unei forme sau a alteia. Şi aceste aspecte vor fi selectate din marea diversitate, mai cu seamă că unele au un caracter tranzitoriu sau altele suferă modificări rapide de la o perioadă de timp la alta.

Marea majoritate a acestor clasificări ale afaziei au fost realizate după două criterii esenţiale, cel etiologic şi cel simptomatologic. Dar sunt şi clasificări care au la bază un singur criteriu, de obicei cel etiologic. Dificultăţile care intervin în realizarea clasificărilor afaziei sunt numeroase şi greu de ocolit, deoarece apar o

serie de fenomene pe care specialistul nu le poate evalua în mod ştiinţific şi precis. Dintre aceste dificultăţi, enumerăm:

1. determinarea exactă a cauzei afaziei nu se poate realiza în toate cazurile, unele dintre ele rămânând doar la stadiul ipotetic;
2. unele forme de afazie sunt produse prin afectarea mai multor componente anatomo-fiziologice şi devine greu de stabilit care dintre acestea este dominant;
3. întinderea şi profunzimea leziunii din afazie nu pot fi decât relativ aproximate;
4. capacitatea de rezistenţă sau de fragilitate la factorii nocivi diferă şi ea de la o persoană la alta, ceea ce determină un anumit grad de varietate a întinderii fenomenului afazic;
5. din punct de vedere al simptomatologiei afaziei, avem de-a face cu o varietate de manifestări, atât la nivelul limbajului, cât şi la nivelul întregii activităţi psihice care depind de o serie de condiţii, cum ar fi:
   a. vârsta cronologică a subiectului influenţează nemijlocit rezistenţa sau fragilitatea la instalarea tulburărilor provocate de afazie şi de fenomenele complementare acesteia;
   b. nivelul de cultură şi al capacităţilor verbale ale persoanelor înainte de îmbolnăvire pot imprima un anumit grad de conservare sau de diminuare a activităţii psihice;
   c. există o mare varietate a tulburărilor psihice (inclusiv de limbaj şi de personalitate) pe parcursul fenomenului afazic;
   d. în general, simptomatologia afaziei, atât cea psihică, cât şi cea somatică, are un caracter tranzitoriu sau de stabilitate, în funcţie de evoluţia afaziei;
   e. la debutul afaziei, fenomenologia psihică este extinsă, iar cu timpul, ea se restrânge, rămânând dominante, mai mult timp, aspectele de bază, definitorii ce circumscriu forma respectivă de afazie;
   f. nivelul de instrucţie şi de educaţie anterior îmbolnăvirii subiectului are şi el un rol important pentru toate manifestările psihice pe care le înregistrează afazicul, de unde rezultă şi comportamente atât de diverse şi de specifice pentru fiecare subiect;
   g. evaluarea simptomatologiei „pure" afaziei în raport cu cea complementară (sau colaterală afaziei) se realizează cu dificultate, deoarece sunt puţine teste elaborate sau adaptate pentru studiul fenomenului afazic;
   h. în fine, sunt întâlnite, adeseori, aspecte simptomatologice comune în forme diferite de afazie, iar departajarea lor prin marcarea specificului fiecăruia comportă un grad de dificultate sporit, etc.

Una dintre primele clasificări ale afaziei, care merită să fie reţinută pentru nivelul cunoştinţelor existente până la data respectivă şi pentru precizia ei, este cea făcută de Kussmaul (1877). El împarte afazia senzorială de tip Wernicke în două categorii; una este ***surditatea verbală***, în care fundamentale sunt tulburările de înţelegere auditivă, iar cealaltă, ***cecitatea verbală***, unde, de bază, sunt tulburările de înţelegere a scrisului. Ceva mai târziu, Déjerine (1901) face distincţia între formele afazice propriu-zise şi unele sindroame care le pot însoţi pe primele sau pot avea o existenţă de sine stătătoare. Astfel, avem ***o afazie senzorială, una motorie şi alta totală, iar ca sindroame, cecitatea verbală pură, surditatea verbală pură, afazia subcorticală sau afazia motorie pură*** care se produce prin afectarea conexiunilor ce leagă centrii corticali de cei subcorticali. Dar, după P. Marie (1906), nu există decât forma de ***afazie senzorială de tip Wernicke***, iar afazia de tip Broca este tot afazie senzorială, la care se adaugă anartria, ceea ce înseamnă că tulburările de articulaţie sunt efectul anartriei şi nu afaziei propriu-zise. Clasificarea adoptată de P. Marie şi reluată de Ch. Foix, se reduce la existenţa a patru forme de afazie:

- afazia senzorială, denumită şi afazie Wernicke;
- afazia Broca care, în fapt, este o anartrie la care se adaugă afazia senzorială;
- afazia pură, ce poate fi denumită şi anartrie pură;
- alexia pură.

Foix este de părere că în ***afazia senzorială*** (sau Wernicke) tulburarea vorbirii se manifestă predominant prin parafazie, jargonofazie, logoree, aşa zisele intoxicaţii cu cuvinte şi amnezie verbală. La aceste manifestări se pot adăuga, în unele cazuri, o surditate verbală sau o cecitate verbală şi unele tulburări intelectuale, ce pot duce la dezintegrarea activităţii psihice complexe prin instalarea caracteristicilor amnestice, agnozice şi disfazice. Spre deosebire de această formă de afazie, ***în afazia Broca***, scade capacitatea verbală a subiectului şi, ca atare, acesta se limitează la folosirea unui limbaj redus de cuvinte, dominat de interjecţii şi înjurături, dar se păstrează, într-o oarecare măsură, vorbirea repetată şi cea automatizată. Lexia şi grafia sunt şi ele alterate din punct de vedre

expresiv şi cu conservarea, într-un anumit grad, a comprehensiunii. În *afazia motorie* pură, dispare capacitatea de articulaţie a subiectului, dar se păstrează relativ cea de înţelegere şi limbajul interior. În fine, *alexia pură* apare, de cele mai multe ori, în perioada de ameliorare a afaziei Wernicke şi se reduce la existenţa unor tulburări grave de citit, ajungând la dispariţia totală a capacităţii de lexie. Ca efect al acestui fenomen, se pot înregistra şi unele distorsiuni ale grafismului, cel mai adesea, scrisul copiat servil şi plasarea defectuoasă a grafemelor în spaţiul paginii.

Una dintre clasificările de referinţă este şi cea elaborată de H. Head (1923), care împarte afazia în patru forme: ***verbală, sintactică, nominală şi semantică.***

Afazia verbală este similară cu afazia motorie de tip Broca. Limbajul subiectului afazic se reduce la pronunţarea unui număr redus de cuvinte pe care le repetă în toate situaţiile şi chiar când acesta face progrese, prin reeducarea vorbirii, aceste elemente se menţin.

Afazia sintactică determină, în principal, tulburări la nivelul ritmului şi sintaxei vorbirii. În cazul acesta, apar tulburări în toate formele de limbaj (exterior, interior, citit, scris) legate şi de expresie şi de recepţie, cu existenţa fenomenelor specifice unei surdităţi verbale.

Afazia nominală se caracterizează prin prezenţa fenomenelor de amnezie verbală şi, ca urmare, subiectul nu îşi poate aminti cuvintele necesare exprimării ideilor pentru a desfăşura un discurs cursiv. Prezintă tulburări de înţelegere a limbajului oral, citit şi scris ca şi dificultăţi de calcul. Scrisul spontan este mai afectat decât cel copiat.

Afazia semantică se exprimă prin dificultăţi de înţelegere a vorbirii şi a acţiunilor ce trebuie să le desfăşoare. Cu toate că poate citi şi scrie, se produc unele confuzii la nivelul evaluării generale a conţinutului din actele respective. Tulburările de orientare bulversează şi ele comportamentele intelectuale, dându-le un caracter infantil.

O clasificare mai apropiată de ideile contemporane şi cu un impact deosebit asupra formelor clinice întâlnite frecvent este cea elaborată de Weisenburg şi McBride (1935). Autorii respectivi se referă tot la patru forme majore de afazie:

- afazia dominant expresivă;
- afazia dominant receptivă;
- afazia mixtă, expresiv-receptivă;
- afazia amnestică.

Şi Goldstein (1948) face referiri interesante la aceste forme de afazie. Caracterizarea acestor forme duce la crearea unui tablou complex asupra simptomatologiei afaziei, mai cu seamă pentru planul manifestărilor psihice şi comportamentale ce le generează.

În clasificarea elaborată de Goldstein se menţionează existenţa celor trei forme de afazie, expresivă, receptivă şi amnestică, la care se mai adaugă alte două şi anume, afazia de conducere, numită de el afazie centrală şi afazia transcorticală.

Afazia expresivă are o frecvenţă mai mare în raport cu celelalte forme menţionate mai sus. Fenomenul major în această formă de afazie este acela al tulburării expresiei orale şi grafice, în care predomină dificultăţi în producerea actelor motorii implicate în cele două comportamente. Subiectul nu poate pronunţa decât câteva sunete pe care le repetă în orice situaţie, dar încearcă să comunice prin mimică şi gesturi, adesepri folosite excesiv, mai ales în stările emoţionale deosebite. Botez, Carp şi Mihăilescu (1968) prezintă un astfel de subiect afazic care nu putea emite decât cuvântul „nu" şi pe care îl folosea în intonaţii diferite pentru a exprima orice idee.

Astfel, vorbirea este implicată la maximum, fără ca subiectul să poată susţine un dialog sau un discurs închegat. În formele uşoare, repetiţiile şi ezitările se întâlnesc la tot pasul, dar capacitatea de emitere a unor cuvinte cu o structură gramaticală simplă se poate conserva, asigurând o comunicare verbală elementară, în care domină monotonia şi lipsa de metodicitate a vorbirii. De aici, rezultă că în afazia expresivă şi înţelegerea vorbirii este parţial tulburată, cu toate că ideile globale sunt relativ corect recepţionate. Înţelegerea este mai bună în citire şi, în genere, lexia se conservă mai bine decât grafia, cu excepţia scrisului copiat, unde subiectul reuşeşte să-şi păstreze, aproape în întregime, performanţele grafice ce le avea înainte de îmbolnăvire.

Afazia receptivă este reprezentată, în principal, de tulburările înţelegerii vorbirii orale şi scrise. Pe lângă acestea, apar şi dificultăţi de vorbire, prin existenţa parafaziilor şi a jargonofaziilor, ceea ce duce la substituiri frecvente de sunete, cu efecte negative pentru inteligibilitatea vorbirii. Amnezia verbală, ce este şi ea prezentă, îl face pe subiect să întâmpine o serie de dificultăţi în amintirea unor cuvinte pe parcursul expunerii sau chiar să nu poată denumi unele cuvinte pe parcursul expunerii din cauza instalării fenomenului de anomie. Alte fenomene ce însoţesc tabloul clinic al bolnavului se referă la tulburări de decodare a limbajului, la manifestări

caracteristice surdităţii verbale, la aşa numitele intoxicaţii cu cuvinte, unde predomină înlocuirile şi repetiţiile frecvente etc. Dacă lectura se păstrează relativ în stare bună, la nivelul scrisului se instalează o disgrafie caracterizată prin prezenţa tuturor elementelor specifice acestei tulburări.

Vorbirea afazicului este greu de înţeles, nu numai ca urmare a substituirii de sunete şi de cuvinte, dar şi existenţei deformărilor, a omisiunilor de sunete de la nivelul cuvintelor, a contaminării de sunete şi silabe, a manifestărilor logoreice, prin ceea ce unii specialişti numesc „salata de cuvinte". Toate aceste tulburări fac să sporească dificultăţile generale de relaţionare a subiectului afazic cu cei din jur şi exercitarea unor performanţe adaptabile.

Afazia amnestică are o frecvenţă mai redusă decât primele două forme şi mai cu seamă, în raport cu afazia expresivă. Deşi în afazia amnestică se întâlnesc unele elemente caracteristice celorlalte forme, uitarea vocabularului şi dificultăţile de evocare a cuvintelor sunt manifestări majore, ceea ce duce la blocaje frecvente în timpul desfăşurării vorbirii. Ca urmare, subiectul devine agitat, tensionat şi trăieşte cu teama neputinţei da a se putea adapta la cerinţele unei comunicări eficiente.

Goldstein (cit. după Kreindler şi Fradis) evidenţiază ca forme ale amneziei verbale existenţa unei afazii amnestice ce se manifestă mai ales în denumirea obiectelor şi a diferitelor situaţii, deşi dificultăţile expresive sunt diminuate. O altă formă este amnezia verbală, în care apar tulburări expresive mai extinse, ce sunt accentuate pe fonul afaziei expresive şi a celei mixte. În fine, într-o altă formă, se uită predominant cuvintele învăţate mai recent şi se accentuează spre bătrâneţe şi în stările de oboseală mare.

Kreindler şi Fradis sunt de părere că una din cele mai complexe clasificări ale afaziei este cea sistematizată de Brun (1953), la care aderă, mai cu seamă şcoala germană. Redăm această clasificare după autorii citaţi:

1. **Afazia motorie pură** este denumită şi afazie motorie subcorticală. Subiectul nu poate vorbi, dar se conservă capacitatea de înţelegere, ca şi limbajul interior şi deprinderile de scris şi citit. Se prezumă că această formă de afazie este determinată de afecţiunea centrilor subcorticali.

Ca mai în toate cazurile formelor de afazie, şi în jurul afaziei motorii pure au apărut o serie de controverse. Astfel, P. Marie (1926) este de părere că dificultăţile de a vorbi semnifică, în fapt, o anartrie, la care se reduce forma respectivă de afazie. Şi Head (1926) o reduce la existenţa unui sindrom de afazie verbală cu dificultăţi în păstrarea limbajului interior, dar Déjerine o recunoaşte ca pe o identitate distinctă, argumentând că afazicul nu ştie să vorbească, iar anarticul are mari dificultăţi de vorbire pe fondul dezvoltării deprinderilor respective. În realitate, în afazia motorie pură sunt prezente, în proporţii diferite de la un caz la altul, atât tulburările expresive, cât şi cele receptive.

2. **Afazia motorie totală** mai este denumită şi afazie Broca sau afazie motorie corticală. Deşi afazicul nu poate vorbi, el îşi păstrează relativ capacitatea de înţelegere a limbajului. De asemenea, sunt alterate lexia şi grafia cu adoptarea scrisului copiat servil. Elementele de perseverare verbală şi de agramatism sunt extinse şi variate, la care se adaugă frecvente amnezii verbale ce îngreunează şi mai mult susţinerea unei comunicări.

3. **Afazia transcorticală motorie** determină mari dificultăţi la nivelul vorbirii spontane, dar se conservă relativ vorbirea repetată. Şi înţelegerea vorbirii se păstrează, ca şi scrisul copiat şi dictat, dar este alterat scrisul spontan.

Se presupune că această formă de afazie se produce printr-o leziune subcorticală sau printr-o leziune corticală difuză.

Afazia amnestică se presupune că ar putea fi o formă uşoară a afaziei transcorticale motorii şi este determinată de o leziune a substanţei albe de la nivelul temporalului. Subiectul are dificultăţi în denumirea obiectului văzut sau perceput tactil, ca urmare a generării de către afazia amnestică a altor forme minore de afazie: cea vizuală şi cea tactilă.

4. **Afazia senzorială pură**, denumită şi afazie senzorială subcorticală şi surditate verbală pură, are ca efect neputinţa subiectului de a recunoaşte cuvântul, cu toate că la nivelul sunetelor se menţine această caracteristică. Deşi nu va înţelege vorbirea, limbajul interior se conservă, ca şi grafia şi lexia. De asemenea, se păstrează vorbirea spontană şi sunt alternate vorbirea repetată şi scrierea după dictare, ceea ce semnifică existenţa unor tulburări expresive şi o surditate verbală manifestată prin tulburări în planul agnoziei auditive ce duce la perturbări în localizarea sunetelor.

Leziunea în această formă de afazie se găseşte în substanţa albă a circumvoluţiei a doua temporale.

5. **Afazia senzorială totală**, cunoscută şi prin denumirea de afazie Wernicke, determină logoree, parafazii, jargonofazii şi

dificultăţi în vorbirea repetată, pe fondul conservării vorbirii spontane. Dar dificultăţile cele mai mari sunt legate de înţelegere şi de existenţa unei amnezii verbale, ca şi de instalarea, mai ales în situaţiile de involuţie, a agrafiei şi alexiei.

6. **Afazia senzorială transcorticală**, în care este afectată înţelegerea vorbirii şi a scrisului, a posibilităţii de a vorbi spontan şi de a scrie spontan, deşi se păstrează vorbirea repetată.

Se apreciază că leziunea se produce în substanţa albă a temporalului, fără să afecteze nivelul cortical.

7. **Afazia totală** implică tulburări profunde şi extinse la nivelul expresiei şi recepţiei limbajului, ceea ce înseamnă că se întâlnesc toate formele de limbaj tulburat, la care se adaugă, în majoritatea cazurilor, şi tulburările intelectuale.

8. **Afazia de conducere**, numită şi afazia de insulă, din cauza întreruperii căilor de la nivelul insulei, se manifestă prin tulburări ale repetării cuvintelor şi de denumire a obiectelor, dar se conservă vorbirea spontană şi capacitatea de înţelegere a limbajului. Dificultăţile respective se manifestă şi în planul cursivităţii expunerii, când apar dese întreruperi şi fărâmiţări ale discursului verbal, ca urmare a uitării parţiale a vocabularului şi a prezenţei fenomenelor de agramatism. Şi la nivelul grafiei şi lexiei se produc modificări negative legate atât de exprimarea acestor acte, cât şi de înţelegerea celor redate.

9. **Alexia pură**, cu denumirea şi de cecitate verbală pură presupune păstrarea vorbirii şi a limbajului interior, dar cu alterarea profundă a expresiei şi recepţiei lexiei şi, parţial, a grafiei. Ca atare, formele scrisului spontan şi dictat rămân bune şi este afectat scrisul copiat. Apar unele dificultăţi în recunoaşterea literelor şi mai cu seamă în unirea lor pentru a putea citi cuvântul ca întreg.

S-a constatat existenţa unei forme de alexie verbală cu predominarea dificultăţilor în citirea cuvintelor şi alta literală, în care subiectul are dificultăţi de urmărire a traseului literelor şi a delimitării spaţiului grafic al acestora.

În literatura de specialitate se semnalează existenţa unor forme particulare ale alexiei pure legate de leziunea de la nivelul creierului, astfel încât afectarea girusului angular sau a lobului occipital medial imprimă asemenea departajări.

10. **Agrafia pură** este negată de unii autori ca entitate de sine stătătoare, fiind de părere că asemenea manifestări reprezintă simptome specifice ale majorităţii formelor de afazie şi se încadrează

în dezorganizarea globală a funcţiilor neurologice şi psihologice. Totuşi, ea poate fi privită ca o disfuncţie profundă ce cuprinde toate aspectele grafiei, pornind de la imposibilitatea expresiei grafice şi ajungând la tulburări grave în recepţia limbajului scris.

Luria este recunoscut pentru contribuţia sa la elucidarea mecanismelor afaziei şi pentru modul în care concepe clasificarea acesteia. El se bazează nu numai pe studiul formelor clinice ci şi pe cercetări sistematice ale afaziilor produse în urma unor traume mecanice în cel de-al doilea război mondial. Astfel, în prima sa clasificare a afaziei (1947), el vorbeşte de existenţa a patru forme:

1. **Afazia prin dezintegrare fonetică** produce dificultăţi de diferenţiere a sunetelor, cu toate că auzul fizic se conservă, dar este afectat auzul fonematic. Tulburările respective se produc, mai cu seamă, la nivelul vorbirii spontane şi al grafiei, prin dereglarea scrisului spontan şi chiar a celui dictat. Leziunea care provoacă această formă de afazie este apreciată de Luria că se află în zona posterioară a lobului temporal stâng.
2. **Afazia cu dificultăţi în comunicarea relaţiilor** se caracterizează prin tulburarea comunicării relaţiilor şi neputinţa subiectului de a înţelege structurile lingvistico-gramaticale cu dereglări ale nivelului semantic al limbajului. Afazia de acest tip este determinată de afectarea zonei parieto-occipitale stângi.
3. **Afazia prin pierderea funcţiei reglatoare a limbajului** se caracterizează prin apariţia fenomenelor de perseverare verbală şi a monotoniei pe parcursul desfăşurării discursului verbal. În acest caz, este afectată zona fronto-temporală anterioară stângă.
4. **Afazia prin pierderea funcţiei reglatorii a limbajului** se caracterizează prin apariţia fenomenelor de perseverare verbală şi a monotoniei pe parcursul desfăşurării discursului verbal. Aici avem de-a face cu leziuni la nivelul lobului frontal din apropierea zonei lui Broca.

Ulterior, Luria (1964) revine asupra acestei clasificări şi propune altă clasificare mai completă şi mai apreciată de alţi specialişti:

1. **Afazia senzorială**, în care apare o gamă largă de tulburări, cum ar fi cele legate de diferenţierea sunetelor, de denumire a obiectelor, unele dificultăţi de scris şi de înţelegere. Leziunea se găseşte la nivelul temporalului stâng.
2. **Afazia acustic amnezică**, care determină o pierdere parţială a capacităţii de diferenţiere a sunetelor şi mai cu seamă a unităţilor

verbale dispuse în serii şi a frazelor. Dificultăţi extinse apar şi în denumirea obiectelor şi a situaţiilor înconjurătoare. Afazia respectivă este provocată de leziuni întinse la nivelul temporal.

3. **Afazia motorie** se prezintă sub două forme: una este **afazie motorie aferentă sau kinestezică**, în care se produc confuzii la nivelul sunetelor şi grafemelor, ca urmare a leziunilor postcentrale şi alta, **afazie motorie eferentă** sau **kinetică**, care provoacă tulburări de organizare serială a pronunţiei şi a grafemelor, de unde şi apariţia fenomenelor de perseverare, iar localizarea leziunii se află în regiunea anterioară a ariei motorii.
4. **Afazia semantică** manifestată prin tulburări ale înţelegerii structurilor logico-gramaticale a unităţilor verbale mai complexe şi a relaţiilor semantice, dar se păstrează înţelegerea cuvintelor şi recepţia acustică. Leziunile se produc la nivelul parietal.
5. **Afazia dinamică** ce provoacă dificultăţi în vorbirea spontană şi la nivelul discursului verbal, cu manifestări de tip ecolalic şi clişee verbale, ceea ce face ca naraţia să se extindă prea mult. Această formă de afazie este cauzată de leziuni la nivelul zonei frontale.

Interesantă ni se pare şi clasificarea afaziei elaborată de Konorski (1961), care propune patru forme:

1. **Afazia audio-verbală**, în care se produc tulburări majore în planul repetării cuvintelor asemănătoare tulburărilor de ritm şi fluenţă, dar cu posibilităţi de păstrare a vorbirii automate şi de denumire a obiectelor şi situaţiilor la care face referinţă.
2. **Afazia audio-verbală**, unde se perturbă, parţial, înţelegerea vorbirii, cu toate că se conservă vorbirea automată şi repetată, ca şi posibilitatea de denumire a obiectelor.
3. **Afazia vizuo-verbală** duce la tulburarea vorbirii repetate cu conservarea vorbirii seriate şi a înţelegerii.
4. **Afazia kinestezico-motorie**, în care se produc tulburări ale vorbirii expresive şi adoptarea stilului telegrafic, ceea ce determină dificultăţi de înţelegere din partea auditorului.

În fine, se impune menţionarea unei alte clasificări, la care ne referim în acest context, şi anume, cea elaborată de Wepman şi Jones (1964). Această clasificare a afaziei cuprinde următoarele forme:

1. **Afazia sintactică**, în care se menţine relativ bună posibilitatea de comunicare, cu toate că se înregistrează o serie de tulburări, cum ar fi cele de la nivelul funcţiei gramaticale şi de continuare, în mod sistematic, a discursului verbal când intervin unele distorsiuni din cauza adoptării de către subiect a stilului telegrafic.
2. **Afazia semantică** este mai gravă decât cea sintactică. Subiectul nu se poate racorda la relaţiile semantice de diferenţiere a simbolului verbal de obiect. Formularea verbală se realizează cu dificultate din cauza vocabularului sărac şi a existenţei fenomenelor de amnezie verbală şi anomie.
3. **Afazia pragmatică**, în care subiectul are dificultăţi de a sesiza semnificaţia unor situaţii cu care vine în contact şi, de aici, formularea verbală devine imprecisă, cu multe redundanţe inutile, cu cuvinte parazite şi neologisme.
4. **Jargonofazia** capătă, în ideea autorilor, un statut de sindrom complex şi nu o simplă simptomatologie a unei forme sau a alteia de afazie. Vorbirea subiectului jargonofazic nu este inteligibilă, iar raportările la situaţiile despre care vorbeşte nu sunt coerente şi adecvate.
5. **Afazia globală** este cea mai gravă în raport cu cele de mai sus. Se pierde, în principiu, capacitatea de a vorbi, menţinându-se un număr foarte restrâns de expresii de tip infantil şi naiv. În cadrul acestei forme de afazie pot exista o serie de forme particulare în care simptomatologia variază şi ea foarte mult.

Interesantă este şi remarca lui Hecaen (1972) care, din perspectivă lingvistică, face distincţia dintre afazia fonematică şi afazia gramaticală, cu precizarea că ambele forme se găsesc în cadrul afaziei Broca. Un interes similar o prezintă şi clasificarea afaziei elaborată de Goodglass şi Kaplan (1972) adoptată azi de numeroşi afaziologi:

1. Afazia Broca
2. Afazia Wernicke
3. Afazia anomică (sau amnestică)
4. Afazia de conducţie
5. Afazia transcorticală senzorială
6. Afazia transcorticală motorie
7. Alexia cu agrafie
8. Afaziile pure:
   a. alexia pură
   b. surditatea verbală pură
   c. agrafia pură
   d. afemia (sau anartria corticală)

Lecours şi Lhermitte (1983) apreciază clasificarea de mai sus şi sunt de părere că ea devine completă prin adăugarea la aceasta a încă două forme, şi anume, a afaziei globale şi a afaziei mixte. Dar ei

resping existenţa afaziei transcorticale motorii, în timp ce includ afazia de conducţie şi alexia cu agrafie în afazia Wernicke.

Precizăm, de asemenea, că înaintea publicării clasificării lui Goodglass şi Kaplan, M.I. Botez (1971) făcea distincţia dintre afazia amnestică şi afazia anomică.

Încercând să ţină seama de ideile lui Goldstein şi Lhermitte, ca şi de cele ale lui Hecaen şi Botez, A. Zolog (1997) adoptă următoarea sistematizare a clasificării afaziei:

1. Afaziile instrumentale sau pure (afemia, agrafia pură, surditatea verbală pură, alexia pură);
2. Afazia Broca
3. Afazia Wernicke
4. Afazia de conducţie
5. Alexia cu agrafie
6. Afaziile transcorticale (mixtă, senzorială şi motorie)
7. Afaziile amnestice
8. Afazia globală şi afazia mixtă

Autorul citat este de părere că în anumite împrejurări pot apărea şi alte două forme de afazii care se produc prin accidente vasculare profunde, în timp ce cortexul cerebral nu este afectat, cum este cazul afaziei prin leziunea corpilor striaţi.

Sarno (1997), citat şi de Dănăilă şi Golu (1226), porneşte de la ideea tulburarea vorbirii este dependentă de forma de debut al afaziei (brusc sau progresiv) şi de tipul de sindrom afazic ce corelează ci zona de localizare a leziunii şi relevă că vorbirea se manifestă sub două forme principale: pe de o parte, ea prezintă întreruperi şi ezitări, cu dificultăţi de folosire a sistemului lingvistic, iar pe de altă parte, deşi vorbirea articulată nu îşi pierde calităţile principale de flux şi de melodicitate, dar cu afectarea coerenţei şi influenţei discursului. În funcţie de aceste criterii Sarno împarte afaziile în două forme: după primele caracteristici, afaziile sunt denumite fluente, iar după celelalte, ele sunt nonfluente.

Afaziile fluente generează o vorbire, în bună măsură, cursivă ce cuprinde aspecte prozodice şi articulatorii normale, dar este afectată înţelegerea ce este cu atât mai gravă cu cât şi afazia este mai severă, caz în care se produc deformări, omisiuni şi substituiri de sunete şi cuvinte, determinând extinderea tulburărilor de înţelegere.

Principalele forme ale afaziilor fluente sunt:

1. **Afazia Wernicke** (afazia senzorială) ce ilustrează cel mai bine caracterul de afazie fluentă şi este generată, cum am văzut, de

lezarea unei zone a lobului temporal din emisfera dominantă. Important este pentru vorbire că această formă de afazie nu generează deficienţă motorie.

În afazia Wernicke se păstrează fluenţa vorbirii articulate, dar apar în unele cazuri substituiri de cuvinte, o parafazie semantică şi mai cu seamă, dificultăţi de înţelegere auditivă. Dat fiind faptul că subiecţii din această categorie nu prezintă tulburări motorii, ei pot manifesta abilităţi de folosire a unei vorbiri complexe şi cu un debit rapid, uneori chiar precipitat. Formele deosebit de severe ale afaziei Wernicke duc la instalarea jargonofaziei, în care vorbirea fluentă capătă caracteristica de parafazie şi este încărcată de neologisme, de unde şi dificultăţile de înţelegere. Se ajunge, astfel, la dominarea parafaziilor semantice (verbale) şi fonetice (literale), iar perseverările la nivelul comunicării verbale marchează un specific delimitat în afazia Wernicke.

2. **Afazia de conducere** (conducţie) se caracterizează prin prezenţa dificultăţilor de repetiţie a cuvintelor şi a propoziţiilor, dar fără să fie afectată înţelegerea limbajului. În vorbirea afazicului din această categorie, apar parafazii fonetice şi dificultăţi în găsirea cuvintelor necesare pentru desfăşurarea vorbirii, cu toate că sunetele pot fi bine pronunţate. Şi limbajul scris este afectat, iar citirea variază, ca dificultate, în funcţie de nivelul afectării vorbirii. În formele severe de afazie de conducere, se instalează treptat agrafia şi alexia.

În afazia de conducere se produce deconectarea ariei Broca de aria Wernicke mai precis, leziunea de la nivelul girusului supramarginal duce la întreruperea legăturii dintre lobul temporal şi lobul frontal, fără însă ca limbajul să fie afectat în ansamblul său, dar cuvintele ce trebuie repetate sunt găsite după o serie de încercări şi tatonări. Această ultimă caracteristică se corelează şi cu dificultăţile ivite la nivelul memoriei verbale de scurtă durată.

Afazia de conducere poate fi provocată şi de alte situaţii, cum ar fi afectarea substanţei albe de sub cortexul senzorial ori din cortexul submarginal.

3. **Afazia senzorială transcorticală** este pusă pe seama accidentelor vasculare cerebrale ischemice din aria posterioară sau pe seama unor tumori de fosă posterioară, astfel încât de cele mai multe ori, leziunea separă lobul temporal de lobul occipital, în timp ce aria Wernicke rămâne intactă.

În această formă de afazie se păstrează abilitatea de a repeta cuvinte şi propoziţii, în schimb este profund alterată capacitatea de

înțelegere a limbajului. Ca urmare, subiecții cu această formă de afazie sunt fluenți în vorbire, dar cu prezența unor jargoane semantice și a unor caracteristici specifice de substituire a cuvintelor, ceea ce face ca unele cuvinte să fie folosite în exces, fără a fi necesare. Cu toate acestea, informațiile transmise sunt relativ complete și relativ explicite, însă dificultățile apar la nivelul înțelegerii semantice și a retenției semnificațiilor memorate.

4. **Afazia amnezică** se produce prin leziuni limitate la nivelul lobului temporal stâng. Subiectul uită cuvintele, marcând o anomie evidentă și o imposibilitate în găsirea cuvintelor pentru transmiterea mesajelor, ceea ce îl face să aibă rezerve pentru inițierea unei comunicări mai extinse. De subliniat că se uită nu numai cuvintele în general, dar și numerele necesare într-o comunicare care le presupune.

5. **Afazia anomică**, denumită și afazia nominală, se produce, în principiu, în urma oricărei leziuni a emisferei stângi, dar și leziunile izolate ale lobului temporal provoacă anomie severă, anomie similară cu cea întâlnită în bolile degenerative, cum ar fi boala Alzheimer.

Deși înțelegerea limbajului și repetiția cuvintelor sunt bune, este afectată capacitatea de numire a obiectelor și situațiilor. Deși vorbirea este fluentă, subiectul afazic nu-și găsește cu ușurință cuvintele, ceea ce generează o lentoare în vorbire, cu pauze mari. Afazia anomică (nominală) este o formă ușoară și unele din simptomele sale specifice pot fi întâlnite și în celelalte forme de afazie, dar mai cu seamă în perioada de debut sau în faza terminală a acestora.

Afaziile nonfluente, a doua categorie după criteriile invocate, generează o înțelegere a vorbirii la un nivel relativ normal, în timp ce în plan expresiv vorbirea devine nesigură și domină dificultățile gramaticale și de pronunție, cele de prozodie normală, cu un vocabular limitat, adeseori, la substantive, verbe, adverbe și adjective. În paralel, și funcția motorie a părții drepte a corpului este afectată, astfel încât, cu timpul, hemiplegia devine tot mai severă.

Afazicul este conștient de dificultățile sale și face efort în realizarea unei vorbiri fluente, dar fără să reușească, ceea ce îi accentuează frustrațiile și tensiunile interioare.

Din categoria afaziilor nonfluente, fac parte:

1. **Afazia Broca** este reprezentativă pentru această categorie de afazie și constă în prezența dificultăților de articulație și de formulare corectă gramaticală cu existența unui vocabular redus, dar se menține înțelegerea vorbirii auzite. Scrisul este și el afectat ca și vorbirea, iar în citire se realizează performanțe ceva mai bune. Limbajul utilizat este simplificat și cu imperfecțiuni gramaticale, și deși subiectul conștientizează deficitul ca atare, nu-l poate depăși, iar hemiplegia afectează și membrele din partea dreaptă a corpului, ceea ce produce multe stângăcii în desfășurarea acțiunilor.

Afazia Broca se produce ca urmare a unor tumori sau afecțiuni ale ariei cerebrale medii, care implică porțiunea sylviană, a lobului frontal și a insulei din vecinătatea sa.

2. **Afazia motorie transcorticală** prezintă unele asemănări cu simptomatologia din afazia Broca. Și aici se păstrează înțelegerea limbajului și chiar a abilității de a repeta unele sunete și cuvinte, dar fluența verbală este afectată și de frazarea laconică cu multe imperfecțiuni gramaticale. Apare frecvent fenomenul ecolalic, deși în perioada de debut se mențin forme accentuate de mutenie. Când leziunile caracteristice sunt extinse, se produc și unele dificultăți de înțelegere, scrisul este încetinit și în citit apar erori, cu prezența parafaziilor semantice.

Astfel de fenomene apar ca urmare a unor leziuni tumorale sau vasculare ischemice de la nivelul ariei motorii suplimentare, implicate fiind, artera cerebrală anterioară și legăturile interemisferice fonto-parietale.

3. **Afazia transcorticală mixtă** este o formă rară de afazie, în care repetițiile de sunete și de cuvinte nu sunt atât de afectate, deși sunt prezente multe inabilități de citire, scriere și chiar de numire a obiectelor și a fenomenelor. Pot apărea și aici fenomene ecolalice, dar ele sunt mai restrânse ca în afazia motorie transcorticală.

4. **Afazia dinamică** este o formă de afazie descrisă de Luria și foarte asemănătoare cu afazia motorie transcorticală. Așadar, vorbirea este nonfluentă, deși se păstrează capacitatea de înțelegere a limbajului și abilitatea, ca în afazia motorie transcorticală.

5. **Afazia globală** este și ea un subtip de afazie ca și afazia transcorticală, mixtă și afazia dinamică, în care sunt afectate, în bună măsură, toate funcțiile limbajului, începând de la fluență și înțelegere și terminând cu abilitățile de citire și scriere. Deși subiecții afazici răspund laconic, prin da sau nu la orice întrebare, vorbirea automată și seriată se desfășoară în limite normale.

În această formă de afazie apar leziuni ale regiunii perisylviene, deci o antrenare combinată a leziunilor afaziei Broca și Wernicke.

6. **Afazia mixtă**, la care se referă unii autori, rămâne puţin delimitată faţă de alte forme de afazie. Ea nu este destul de precizată nici din punct de vedere etiologic şi nici simptomatologic. Dar se menţionează mai mult speculativ, că în afazia mixtă se întâlnesc toate manifestările vorbirii nonfluente cu grave implicaţii, atât la nivelul limbajului expresiv, cât şi a celui receptiv.

Toate aceste clasificări sunt folosite, mai mult sau mai puţin, în practica clinică şi în studiile diferiţilor cercetători. Aderarea specialiştilor la una dintre acestea depinde de experienţa practică şi de concepţia ştiinţifică care asigură orientarea spre o anumită modalitate interpretativă a fenomenologiei afazice. Din punctul nostru de vedere, aceste clasificări constituie o contribuţie semnificativă la dezvoltarea domeniului, deoarece fiecare dintre ele poate fi apreciată ca aport substanţial şi invită la noi investigaţii ştiinţifice. Toate marchează un anumit stadiu atins de cunoaşterea ştiinţifică, peste care specialistul nu poate trece fără a le lua în considerare. Ideile vehiculate vor fi continuate şi dezvoltate, cu siguranţă, prin noile cercetări asupra fenomenului complex al afaziei.

Capitolul IX

AFAZIA COPILULUI

1. De la disfazie şi sindromul de nedezvoltare a limbajului, la afazia congenitală

1.1 Definiţie şi perspectivă generală

Până pe la jumătatea secolului trecut şi după unii autori şi în prezent, toate tulburările congenitale, ce reclamă dezvoltarea limbajului, erau denumite prin termenul de **disfazie**. Acelaşi termen (de disfazie) este folosit şi pentru tulburările afazice manifestate incomplet sau parţial. Pentru a departaja afazia de disfazie, se obişnuieşte să se facă precizarea că în afazie se produc tulburări ale limbajului, ca urmare a lezării creierului sau că afectarea vorbirii se produce după ce aceasta a fost însuşită, ca urmare a unui accident vascular cerebral, în timp ce disfazia se limitează la disfuncţionalităţile cerebrale (cu sau fără leziuni ale creierului) care implică dificultăţi majore în achiziţia vorbirii, în înţelegerea şi utilizarea limbajului. Termenul de disfazie acoperă, astfel, toate **tulburările de dezvoltare a limbajului** sau ale **retardului verbal**, deşi acestea din urmă sunt mult mai complexe şi variate, iar disfazia poate fi mai bine concepută ca o situaţie particulară şi înnăscută pentru incapacităţile verbale. De aici, menţinerea unor confuzii nu numai între disartrie şi tulburările de dezvoltare ale limbajului, dar şi faţă de retardul verbal reclamat de disartrie, alalie, autism, de sindroamele deficienţei mintale etc.

Dar unele confuzii posibile între disfazie şi afazie au fost sesizate şi de unii autori care au arătat că ele se pot produce atât pe linie etiologică, cât şi pe linie simptomatologică. Probabil că acesta este un motiv în plus de a vorbi de **afazia congenitală**. Dacă acceptăm ideea că orice afazie este determinată de o leziune a creierului şi că asemenea leziuni se pot produce şi la făt încă înainte de naştere, atunci, cu siguranţă, putem vorbi de afazia congenitală, alături de **afazia dobândită**. Pe aceste temeiuri, o serie de autori descriu afazia congenitală prin comparaţie cu afazia dobândită a copilului, rezervând disfaziei un loc aparte în sindromul tulburărilor de limbaj în care poate exista o simptomatologie mai simplă, de tip afazic.

Cunoştinţele despre afazia congenitală s-au dezvoltat, în bună măsură, prin compararea acesteia cu afazia dobândită, dar fără posibilitatea de a evita, adeseori, confuzia dintre ele. Pentru a depăşi asemenea confuzii şi pentru a putea aduce precizări noi, R. Leblanc şi J. Page sunt de părere că asemenea confuzii pot fi depăşite prin distincţia clară dintre: afazia dobândită a copilului şi a adultului; afazia dobândită a copilului şi afazia congenitală a copilului; afazia congenitală şi tulburările severe ale limbajului. După acciaşi autori, „afazia congenitală este o tulburare specifică a limbajului, în acelaşi timp de la nivelul exprimării şi înţelegerii care apare la copiii de inteligenţă normală şi nu prezintă tulburări senzorio-motorii majore". Cu toate aceste precizări, diagnosticarea afaziei congenitale comportă o serie de dificultăţi pentru că, în bună parte, simptomatologia caracteristică este întâlnită şi în afazia dobândită. Este suficient să amintim unele dintre caracteristicile majore ale copiilor care suferă de sindromul afaziei congenitale şi anume, deficitul memoriei secvenţiale auditive şi vizuale, ca şi retardul în dezvoltarea recunoaşterii şi discriminării sunetelor, pe care le întâlnim într-o anumită proporţie şi în afazia dobândită.

Spre deosebire de afazia dobândită, afazia congenitală nu s-a bucurat de aceeaşi atenţie, aceasta şi pentru că diagnosticarea ei este mai dificilă şi, mai ales, pentru că departajarea acesteia de alte tulburări grave ale limbajului (cum ar fi disartria, formele involuate pe fondul deficitului de intelect, al unei hipoacuzii severe, a involuţiilor verbale cu substrat neuropsihic accentuat etc.) sau chiar de afazia dobândită a copilului nu este posibilă în afara unui studiu amănunţit şi prin cunoaşterea precisă a mecanismelor etiologice care au dus la declanşarea ei, a simptomatologiei specifice, a cercetării fiecărui caz în parte, a raportării deficitului verbal şi neurologic la vârsta cronologică, la condiţiile de viaţă ale subiectului etc.

În contextul dat, abia în 1929 au apărut două studii consistente consacrate afaziei congenitale, este vorba de studiul lui Worster-Drought şi Allen şi de cel al lui Rey când, în ambele, tulburările consecutive ale limbajului se realizează prin raportarea la simptomatologia specifică şi generală a afaziei adulţilor. Spre deosebire de Rey, Worster-Drought şi Allen au avut în vedere şi studiul funcţiilor auditive, gnostice şi praxice odată cu integritatea sau dereglarea anumitor funcţii lingvistice legate de înţelegere, de exprimarea orală şi scrisă (incluzând şi cititul) la copiii care manifestau şi „impercepţie auditivă congenitală". Mai târziu, prin anii 50 – 60 ai secolului trecut, au apărut o serie de studii ce porneau de la analiza comportamentului copiilor care prezentau tulburări severe ale limbajului, manifestate printr-o memorie vizuo-spaţială deficitară, o slabă discriminare auditivă cu limitarea capacităţii de expresie verbală şi nu de puţine ori, influenţe negative şi la nivel comportamental, prin afectarea verigilor executorii ale acestuia, chiar relaţia dintre dereglările limbajului şi manifestarea specifică a unor procese psihologice influenţate (asociate) nemijlocit de acesta. ***Noi apreciem acest mod de abordare ca fiind o viziune modernă în psihologie, cu deschideri spre explicarea relaţiilor de dependenţă şi interdependenţă de la nivelul funcţiilor şi proceselor psihice ce converg şi argumentează unitatea psihismului uman.***

Complementar, afazia congenitală a fost concepută şi denumită de o serie de autori de prestigiu în domeniu şi prin alţi termeni, dar esenţa conţinutului manifestărilor la care fac referinţă este similar fenomenologiei circumscrisă deja. Astfel, după Eisenson (1963) şi Benton (1964), afazia de dezvoltare nu este altceva decât o afazie congenitală, iar Cl. Launay (1965) confundă audimutitatea cu afazia congenitală, în timp ce MyKlebust (1971) o denumeşte prin sintagma de disfuncţie auditivo-perceptivă, iar Tardieu (1965), prin afazia relativă sau printr-o evidenţiere a caracteristicilor afaziei dobândite de tip idiopatic, în corelaţie cu tulburările specifice ale limbajului (Benton, MyKlebust), pe care Eisenson şi Ingram (1972) le consideră ca fiind termeni complementari ce precizează deficitul care afectează, în principiu, construcţia şi integritatea limbajului. Chiar mai recent, autori ca R. Leblanc şi J. Page nu reuşesc să facă distincţia clară între afazia congenitală şi audimutitate; ei consideră că audimutitatea se referă la un retard sever de limbaj (în planul expresiei şi al înţelegerii)

pentru care subiectul nu poate enunța până la vârsta de 6 ani, în timp ce afazia congenitală presupune incapacitatea de achiziție a limbajului. Rezultă, în fapt, că cei doi termeni se referă, după autorii citați, la aceleași grupe de fenomene și nu au darul de a elucida problema, așa cum intenționau, ci, dimpotrivă, de a complica și mai mult lucrurile. Totuși, autorii respectivi vin cu precizarea că afazia congenitală, deși produce o dificultate majoră în achiziția limbajului, copilul își păstrează capacitățile cognitive non-verbale și, de asemenea, integritatea, mai mult sau mai puțin, a aparatelor senzoriale și motorii. Printr-o astfel de apreciere, se evită confuzia afaziei congenitale cu fenomenele de retard în dezvoltarea limbajului care apar, de obicei, pe fondul deficiențelor auditive, de intelect, de motricitate fină și grosieră și chiar pe fondul unor tulburări afectiv-emoționale ce duc la distorsiuni comportamentale.

În afazia congenitală, ca și în disfazie, se remarcă existența unor inabilități în formarea deprinderilor de exprimare și dezvoltare a capacității de înțelegere a semnelor lingvistice. De obicei, aceste deficite debutează înaintea vârstei de 3 ani și se înțelege, pe un fond de dezvoltare intelectuală normală, dar cum severitatea exprimării și înțelegerii vorbirii este accentuată, cu timpul își pune amprenta și asupra evoluției proceselor congenitale. ***La nivelul exprimării, se produce o pronunție confuză și neinteligibilă, ce poate merge până la absența acesteia și se compensează cu o mimică și gestică bogate.*** Aceste caracteristici sunt însoțite, în cele mai multe cazuri, de dificultăți în coordonarea mișcărilor voluntare ale musculaturii aparatului fonoarticulator, amplificând greutățile în articulare și în învățarea cuvintelor, ca ulterior, vorbirea să devină laconică, telegrafică, stereotipă, însoțită de o gestică exagerată pentru a suplini dificultățile verbale.

Chiar dacă auzul este relativ bun, copiii cu afazie congenitală au dificultăți la nivelul înțelegerii limbajului ce variază în funcție de gravitatea afaziei respective, de la înțelegerea slabă a unor noțiuni (în special abstracte), până la imposibilitatea localizării temporale și spațiale a semnificației stimulilor verbali. Din aceasta, rezultă inabilitățile în formarea deprinderilor de limbaj scris-citit. Având în vedere o astfel de tratare, rezultă că **disfaziile** nu sunt altceva decât expresia unor tulburări relativ ușoare ale limbajului ce se întâlnesc în afazia congenitală. Dar trebuie să subliniem că majoritatea caracteristicilor evidențiate, în ultimul timp, cu ocazia descrierii afaziei congenitale, au fost anterior citate pentru delimitarea

termenilor de disfazie și a sindromului de nedezvoltare a limbajului (după unii autori, de retard verbal).

În principiu, diferența dintre afazia congenitală și afazia dobândită, constă în faptul că, în prima, subiectul nu are posibilitatea de a dobândi în mod normal limbajul, în timp ce în a doua, se pierd, parțial sau total, funcțiile limbajului și, din punct de vedere psihologic, impactul acestui deficit este diferit asupra subiectului și asupra familiei acestuia. Cele mai multe studii au demonstrat că în afazia dobândită se produc mai multe dereglări în planul personalității individului și nu în ultimul rând, asupra celor apropiați subiectului care, de multe ori, nu își pot explica apariția unor asemenea dificultăți, aparent fără un motiv bine precizat, dar care bulversează întreaga activitate psihică și practic-acțională a subiectului, a relațiilor acestuia cu cei din jur, a comportamentelor sale adaptative. Afazia dobândită, atât la copil, cât și la adult, produce dereglări de acest gen, nu numai în funcție de gravitatea ei și în dependență de nivelul achizițiilor verbale la momentul instalării ei și a specificului personalității subiectului. Din definiția generală a afaziei, dată de Hecaen, Dubois și Anglelergues (1966), potrivit căreia „afazia poate fi definită ca fiind tulburarea exprimării sau a înțelegerii semnelor verbale, independent de toate neajunsurile instrumentelor periferice de execuție sau de recepție și sunt acompaniate de cele mai multe ori de dificultăți primare sau secundare, conform autorilor; ele corespund în egală măsură, unei leziuni localizate" sau din definiția lui Alajouanine (1968) prin care afirmă că ea „este o formă de dezintegrare a limbajului datorată unei leziuni cerebrale, alternând într-o manieră variată mai mult sau mai puțin profundă și într-o manieră variată a dispozitivului structural necesar funcționării limbajului" rezultă și posibilitatea aprecierii și diferențierii celor două sindroame afazice, congenitală și dobândită, dar trebuie să subliniem că ambele nu pun accent pe etiologia și simptomatologia caracteristică fiecărei forme de afazie.

1.2 Simptomatologie și diagnostic în afazia congenitală

Pentru a putea ajunge la departajarea afaziei congenitale de alte forme din cadrul sindromului general de afazie sau de a circumscrie sfera ei în raport de alte afecțiuni ce duc la tulburări grave ale limbajului cu un conținut relativ asemănător și, în final, să ajungem la un diagnostic valid, este necesar să cunoaștem o serie de

manifestări definitorii ale acestuia. Desigur, în acest paragraf nu le vom putea cuprinde pe toate, unele din ele rezultă din întregul capitol, dar se impune aici sublinierea a celor esenţiale şi importante pentru demersul anunţat. Astfel, se impune să evidenţiem, pentru copiii cu afazie congenitală, următoarele:

- prezenţa unui retard accentuat la nivelul exprimării verbale şi al înţelegerii fără a fi însoţit de deficite comportamentale, perceptiv-motrice şi intelectuale atât de severe ca în alte situaţii de copii care, dintr-un motiv sau din altul, nu reuşesc să achiziţioneze şi să utilizeze limbajul;
- existenţa unui deficit pronunţat în funcţionarea perceptivă la nivelul modalităţilor senzoriale care sunt antrenate în achiziţia limbajului şi care privesc dificultăţile de recepţie a stimulilor, o discriminare auditivă redusă cu efect negativ de stocare în memorie, în organizarea datelor informaţiei, a integrării şi raportării acestora la experienţele anterioare, din care cauză şi răspunsurile elaborate de subiect nu sunt prea specializate;
- etiologia incriminată în producerea afaziei congenitale este, de obicei, implicată şi în determinarea unor afecţiuni auditive uşoare (lejere sau moderate), ceea ce contribuie la creşterea dificultăţilor de achiziţii a pronunţiei corecte, a discriminării sunetelor şi a redării lor;
- evidenţa unei întârzieri cognitive, determinată atât de factorii etiologici ai afaziei congenitale, cât şi de inexistenţa vehiculării informaţiilor din mediul înconjurător ce limitează dezvoltarea psihică normală, întârziere care nu este de tip oligofrenic, dovadă o fac copiii afazici prin răspunsurile, relativ bune, la probele neverbale, cum sunt cele conţinute în *Testul Nebraska pentru aptitudinile de învăţare* ce măsoară capacitatea subiectului de a îndeplini o serie de sarcini practice (aranjarea mărgelelor, memorarea cifrelor, identificarea imaginilor, asocierea imaginilor, îndoirea hârtiei, atenţia vizuală, aranjarea blocurilor, completarea desenelor, memorarea culorilor, montarea blocurilor, analogia de imagini şi gândirea spaţială – în total, 12 subteste). Răspunsurile subiecţilor pot fi date nu numai verbal, ci şi prin gesturi sau îndeplinirea concretă a sarcinii, testul dovedindu-se valid pentru copiii auzitori sau surzi cuprinşi în intervalul de vârstă de la 3 la 17 ani;
- apar perseverări în elaborarea răspunsurilor la anumiţi stimuli sau în executarea unor acţiuni însoţite de o instabilitate emoţională, mai frecventă şi mai accentuată, în raport de gravitatea afaziei;
- limitarea extinderii memoriei auditive, fapt mai evident în situaţiile complexe sau când asupra subiectului acţionează, într-un timp scurt, un număr mai mare de stimuli.

Studiile efectuate în domeniul afaziei congenitale, la începutul celei de a doua decade a secolului trecut, au fost centrate pe deficitele apărute în memoria secvenţială şi pe procesul de reproducere a stimulilor, pentru a putea pune în evidenţă caracteristicile fundamentale ale manifestărilor auditiv-vocale la copiii cu acest sindrom. În acest context, au fost aplicate probe variate asupra copiilor cu afazie congenitală şi aceleaşi probe asupra copiilor normali, pentru a primi o informaţie comparativă pe loturile de subiecţi menţionaţi şi astfel, o mai bună centrare pe specificul diferenţelor ce îi departajează (vezi testul Illinois pentru abilităţi psiholingvistice – aplicat, printre alţii, de Stark, 1967, testul Knox Cube etc.). De reţinut este faptul că prin probele aplicate se oferea posibilitatea subiecţilor de a da răspunsuri nu numi verbale ci şi nonverbale, asigurându-se o şansă relativ egală pentru comportamentele cu semnificaţie lingvistică. Totuşi, prin intermediul acestor probe, cum era de aşteptat, a fost pus în evidenţă prezenţa unui retard semnificativ la copiii cu afazie congenitală pe linia deficitului proceselor de memorare auditivă şi vizuală, ceea ce influenţează capacităţile de achiziţie a limbajului, şi, mai cu seamă, cel de exprimare şi de funcţionalitate a acestuia prin creşterea numărului de erori în pronunţia corectă şi în utilizarea flexibilităţilor gramaticale, iar timpul necesar în adaptarea răspunsului la sarcină este mai mare decât la copiii normali. Dacă sunetele sunt prezentate în mod izolat, performanţele discriminative ale copiilor cu afazie congenitală se apropie de cele ale normalilor; în schimb, când sunetele sunt prezentate într-un context fonetic (McReynolds – 1966, Eisenson - 1968) apar dificultăţi ce pot fi remediate printr-un antrenament recuperativ susţinut.

Simptomatologia prezentată poate fi pusă, din punct de vedere etiologic, pe seama fie a unui deficit de maturizare a căilor auditive în relaţie cu limitarea capacităţii de diferenţiere şi integrare a sunetelor vorbirii (Benton, 1964), fie ca urmare a unor leziuni cerebrale precoce localizate la nivelul lobilor temporali sau a celor parieto-occipitali

(Landon, Golgsteine, Keffner, 1960, Eisenson, 1968) şi în fine, fie prin apariţia unui retard de dezvoltare cerebrală cu efect negativ în desfăşurarea proceselor auditive (Eisenson) ce implică dificultăţi de stocare a semnalelor verbale, de percepere şi discriminare a fonemelor (mai cu seamă în context lingvistic), de recepţie a semnalelor auditive într-un timp scurt, de funcţionalitate eficientă a memoriei secvenţiale într-un spaţiu temporal dat care presupune ordinea şi ierarhizarea evenimentelor ş.a.

1.3 De la diagnosticarea afaziei la recuperarea afazicului

Este important să subliniem că diagnosticarea afaziei de timpuriu prezintă avantajul nu numai al cunoaşterii acesteia şi a adaptării unor măsuri adecvate de dezvoltare a existenţei afaziei, dar mai ales, un diagnostic precoce permite încadrarea copilului într-un program de recuperare tocmai atunci când receptivitatea este maximă şi când transformările anatomo-fiziologice sunt favorabile modelării lor pe direcţia pozitivă. Chiar timpul acordat antrenamentului verbal, bazat pe intervenţia educativă şi reeducativă, se scurtează şi prognosticul devine mai optimist dacă activitatea respectivă se bazează pe un diagnostic corect fixat la vârstele mici ale copilăriei. În felul acesta, se evită nu numai dificultăţile de dezvoltare şi corectare a tulburărilor de limbaj, dar şi efectele negative ale acestora asupra comportamentului şi personalităţii (prin exacerbarea hiperactivităţii, negativismului, apaţiei, irascibilităţii, agresivităţii, frustraţiei şi anxietăţii etc.) care duc la dizabilităţi de adaptare la mediul înconjurător. Din acest punct de vedere, cele mai multe programe de reabilitare a copiilor afazici se bazează, fie că reuşesc sau nu autorii acestora, pe etapele firesti a dezvoltării comunicării şi limbajului din ontogeneza timpurie cu impact nemijlocit în evoluţia psihică generală a copilului. Aceasta înseamnă achiziţia pe etape şi delimitarea secvenţială a structurilor verbale pe principiul de la simplu la complex; se învaţă mai întâi pronunţia corectă a sunetelor, apoi combinarea în cuvinte simple (mono şi bisilabice) şi, ulterior, utilizarea propoziţiilor şi a povestirilor prin înţelegerea sensului şi semnificaţiei lor. Dezvoltarea capacităţilor lingvistice presupune, în paralel, folosirea limbajului oral pentru comunicarea stărilor emoţional-afective şi a conţinutului informaţional pentru prima etapă şi pe baza acestuia, formarea abilităţilor de citit-scris care lărgesc orizontul experienţei personale şi de acces la cultură, implicat în etapa

a doua. Astfel, se dezvoltă gândirea conceptuală şi alte funcţii şi procese psihice.

Pornind de la ideea de izomorfism între limbajul oral şi natura promovată de Bruner (1975), prin care se apreciază rolul reglator al limbajului pentru atenţie şi alte activităţi, R. Leblanc şi J. Page subliniază că programele de dezvoltare ale limbajului, în condiţiile severe de retard verbal, se pot baza pe un antrenament al comportamentului prin imitare. După autorii respectivi, acest program trebuie să conţină cel puţin trei etape de antrenare:

1. stimularea atenţiei copilului pentru lumea sonoră, prin utilizarea de activităţi care să ducă la identificarea sunetelor familiare odată cu localizarea sursei sonore;
2. familiarizarea cu sunetele diferitelor instrumente muzicale şi identificarea lor după sunetul produs, iar în ordine succesivă, copilul va fi învăţat să identifice sunete şi zgomote;
3. sensibilizarea copiilor la caracteristicile sunetelor după intensitate, durată, înălţime, timbru şi ritm.

În cercetările contemporane despre afazie se urmăreşte să se adopte o serie de criterii de rigoare pentru diagnosticarea şi diferenţierea afaziei congenitale de cea dobândită, ca ulterior să se poată elabora programe personalizate, adaptate fiecărui caz în parte, în vederea dezvoltării limbajului şi a comunicării. Tocmai aceste aspecte au fost neglijate o perioadă lungă de timp, de unde şi persistenţa confuziilor dintre cele două forme de afazie şi lipsa unor programe de antrenament pentru limbaj specifice auzului concret şi nu programe generale atâta timp cât manifestările afaziei poartă amprenta particularului, a trăsăturilor individuale ale subiectului dat.

2. *Afazia dobândită*

2.1 Definiţie şi simptomatologie în afazia dobândită a copilului

Se găsesc în literatura de specialitate mai multe definiţii pentru afazia dobândită care au în comun o clarificare mai riguroasă faţă de afazia congenitală şi o raportare mai pertinentă la segmentul neurologic afectat care o provoacă. O astfel de definiţie este şi cea dată de X. Seron (1977, 1981) care concepe afazia dobândită ca pe „o

tulburare consecutivă cu o tulburare a sistemului nervos central şi survenind la un subiect care a ajuns deja la un nivel de înţelegere şi exprimare verbală". După cum afirmă autorul respectiv, caracteristic pentru această definiţie este, pe de o parte, recunoaşterea aspectului neurologic prin afirmarea unei leziuni cerebrale obiective şi pe de altă parte, afirmarea aspectului psihologic prin sublinierea existenţei prealabile înainte de leziune a unui debut de dezvoltare a limbajului normal. Prin aceasta, Seron îşi afirmă opoziţia faţă de acei autori care sub eticheta de „afazia copilului" vorbesc de o diversitate de tulburări formate prin afazia congenitală şi concretizate în retarduri de limbaj, fără să dovedească substratul neurologic evident. În literatura neuropsihologică se insistă pe activităţile expresive ale subiectului şi se neglijează, în bună măsură, cele de înţelegere: ***Caracterul dobândit al afaziei la copil şi adult rezultă dintr-o leziune cerebrală ce nu se poate reduce la nedezvoltarea limbajului sau la un retard de dezvoltare, întrucât fenomenologia afaziei este extrem de complexă, afectând nu numai limbajul (atât sub raportul expresiei, cât şi al recepţiei), ci, într-o anumită măsură, toate palierele activităţile psihice.***

În acest context, simptomatologia variată a afaziei dobândite este abordată de o seamă de autori de referinţă în domeniu (Guttman, 1942, Basser, 1962, Lennberg, 1967, Hecaen, 1976, Luria 1963, Marinescu, 1933). Dar pentru evaluarea corectă a acesteia, începând cu vârsta copilăriei, este necesar să o raportăm la etapele dezvoltării normale ale copilului pentru că un simptom afazic manifestat, spre exemplu, la un copil de 10 ani poate constitui o caracteristică normală pentru evoluţia limbajului la vârsta antepreşcolară (vezi folosirea cuvântului cu sens de propoziţie, stilul telegrafic etc.). Ca atare, se impune să cunoaştem şi contribuţiile la aspectele psihologice ale dezvoltării normale ale copilului, în acest scop fiind elaborate lucrări semnificative de către autori peste care nu putem trece fără a-i menţiona:

Sintetizând datele din literatura de specialitate cu privire la simptomele cele mai evidente în afazia dobândită a copilului pot fi menţionate următoarele:

1. Sunt unele diferenţe semiologice între afazia dobândită a copilului şi cea a adultului ce dau note de specificitate în funcţie de vârsta subiectului;
2. Tulburările expresive predomină şi sunt mai variate în raport cu tulburările receptive, care sunt, de altfel, şi mai greu de cuantificat prin probe valabile faţă de primele;
3. Sunt diferenţe calitative şi cantitative între manifestările tulburărilor de la nivelul limbajului oral şi cel scris care evoluează în paralel cu starea de progres (ameliorare) sau regres al afaziei;
4. La nivelul vorbirii orale, limbajul se reduce treptat, chiar până la instalarea unei forme de mutism. În paralel, are loc o simplificare a sintaxei, scăderea bagajului lexical şi prezenţa tulburărilor de pronunţie: Alajouanine (1968) afirmă că aceste simptome se deosebesc de cele din afazia motrică a adultului deoarece la acesta tulburările de pronunţie sunt mai puţin frecvente şi sintaxa devine incorectă şi nu simplificată, ca la copilul afazic, iar stereotipurile şi perseverările verbale prezente la adult nu se întâlnesc la copil (Alajouanine şi Lhermitte, 1965). Totuşi nu există un punct de vedere comun pentru unele tulburări; spre exemplu, Collignon (1968) şi Hecaen (1976) precizează că tulburările de pronunţie au o frecvenţă redusă;
5. Şi la nivelul afirmării tulburărilor de recepţie a limbajului sunt unele dezacorduri între autori. Guttman (1942) şi Lefebvre (1950) sunt de părere că se conservă înţelegerea, în timp ce Bay (1975) şi Hacaen (1976) notează prezenţa tulburărilor de recepţie la copiii de 6/7-14 ani, sugerând că ele sunt legate de vârsta subiectului;
6. După cum se ştie, la adultul afazic se înregistrează frecvent prezenţa logoreei, parafrazei şi a jargonului, în timp ce la copilul afazic manifestările respective nu au fost puse în evidenţă cu certitudine;
7. În ce priveşte tulburările limbajului citit-scris se constată că lectura se degradează la scurt timp după instalarea afaziei, în timp ce dificultăţile de scris au un caracter mai pesimist, ele putând fi definitive (Leblanc, Page, Seron, Rondal);
8. Cu cât vârsta copilului afazic este mai mică, cu atât apar diferenţe mai pregnante între simptomatologia acestuia şi cea a adultului afazic. Dar după 10 ani şi după alţi autori, în special de la 14 ani, tabloul simptomatologic se apropie tot mai mult de cel al afaziei adultului;
9. Dificultăţile recuperatorii în afazie sunt direct proporţionale cu gravitatea şi întinderea leziunilor cerebrale sau, aşa cum se

exprima Seron (1977), „leziunile severe şi bilaterale duc la un pronostic prost".

10. Prezenţa simptomelor descrise mai sus tinde să bulverseze întreaga activitate psihică a subiectului, caracteristicile psihocomportamentale şi de personalitate a acestuia.

2.2 Diagnosticul afaziei şi recuperarea afazicului

Cunoaşterea simptomelor evidenţiate constituie un bagaj important pentru orientarea iniţială în diagnosticarea afaziei dobândite. Dar ele nu sunt suficiente în toate cazurile pentru o diagnosticare certă. Mai sunt necesare şi alte aspecte pe care trebuie să le luăm în considerare pentru a crea o viziune holistică asupra dimensiunii fenomenologiei afaziei. Astfel, simptomatologia respectivă trebuie raportată şi coroborată cu vârsta subiectului afazic şi cu nivelul evoluţiei psihice anterioare instalării afaziei. Aceasta înseamnă şi raportarea la starea de normalitate şi evaluarea tulburărilor apărute în funcţie de criterii bine delimitate. În acelaşi context, se ştie că sunt importante achiziţiile psihice anterioare deoarece cunoaşterea lor ne permite să evaluăm regresele şi tulburările apărute în urma instalării afaziei. În aceeaşi ordine de idei, nu pot fi neglijate nici aspectele etiologice căci una este o afazie provocată de leziunile minime cerebrale şi alta este, spre exemplu, afazia produsă de leziuni severe bilaterale. Desigur, nu este uşor să căpătăm informaţii complete asupra tuturor acestor aspecte, dar ele se dovedesc utile chiar dacă sunt parţiale şi completate ulterior prin contactul direct cu subiectul afazic. Tehnicile terapeutice nu pot fi adoptate în afara acestor date şi fără un diagnostic cât de cât valid.

În literatura neuropsihologică se înregistrează unele controverse şi pe planul diagnosticării şi recuperării copilului afazic comparativ cu adultul afazic. Unii autori cred că la copilul afazic diagnosticul este mai accesibil şi reeducarea mai uşoară, deoarece se lucrează mai rapid cu acesta ca urmare a mobilităţii sale şi faptului că achiziţiile psihice nu sunt terminate, ceea ce înlătură stereotipia, rigiditatea, în timp ce alţi autori, dimpotrivă, afirmă că la adultul afazic sunt mai pregnant evidenţiate simptomele şi aspectele etiologice permiţând un diagnostic cert, iar pentru activităţile terapeutice este mai motivat şi se implică mai mult în sarcină. Din perspective diferite şi unii şi alţii au dreptate. ***Desigur, la copil simptomele nu sunt atât de bine conturate ca la adult şi nici factorul etiologic nu este suficient de afirmat în toate cazurile, ceea ce îngreunează diagnosticarea, dar având în vedere cunoştinţele de psihologie se ştie că la copil se manifestă o mare plasticitate a sistemului nervos, fapt care duce la creşterea capacităţii de achiziţie, facilitând recuperarea. La aceasta se adaugă şi alte aspecte şi anume acelea legate de formele afaziei infantile ce nu sunt atât de severe ca la adult şi, în genere, copilul nu trăieşte atât de bulversat în planul personalităţii şi reuşeşte să depăşească mai uşor tensiunea, frustraţia şi anxietatea.***

Încă de la formarea cunoştinţelor despre afazie, au existat preocupări intense cu privire la diagnosticarea acesteia şi recuperarea afazicilor, dar progrese mai deosebite s-au înregistrat după cel de-al doilea război mondial, când s-a creat necesitatea evaluării şi tratării persoanelor cu leziuni cranio-cerebrale. Pe acest plan, semnificativă este contribuţia lui Luria care, cu ajutorul colaboratorilor săi, organizează un sistem ştiinţific de diagnosticare şi recuperare neuro-psihică a afazicilor cu traumatisme cranio-cerebrale în fosta Uniune Sovietică, iar în Statele Unite au fost înfiinţate spitale pentru tratarea şi reeducarea răniţilor de război, iar experienţa acumulată i-a permis lui Wepman (1951) şi lui Schuell (1974) să elaboreze primele lucrări în limba engleză despre tehnicile de recuperare a afazicilor. Totuşi, progresele remarcabile în domeniul recuperării afazicilor sunt legate de dimensiunile din anii mai apropiaţi de zilele contemporane.

Având în vedere caracteristicile de sensibilitate şi suspiciune ale afazicului, ca şi cerinţa acestuia de afectivitate şi înţelegere, ***apreciem că demersul iniţial în domeniul recuperării este acela de a influenţa pozitiv atitudinea familiei, prin organizarea mediului înconjurător în care trăieşte subiectul pentru a-l putea determina să simtă afecţiunea celor din jur şi să se plaseze într-un confort psihic permanent. A doua etapă, constă în motivarea subiectului pentru activităţile recuperative prin insuflarea încrederii în forţele proprii şi crearea înţelegerii că unele dificultăţi pot fi depăşite,*** dar că trebuie să aibă răbdare şi să depună un efort susţinut pentru a se putea realiza. ***Etapa a treia, cea mai importantă, dar şi cea mai dificilă, se concretizează în aplicarea unor tehnici terapeutice de recuperare care cuprinde demersul medical, psihologic şi logopedic.*** În plan medical, la aprecierea neurologului se administrează medicamente menite să fortifice organismul şi, în special, sistemul nervos central, să activeze zonele sănătoase, dar fragile, în timp ce psihologul apelează la diferite forme de psihoterapie de susţinere, de relaxare şi la acele

comportamente adecvate realității înconjurătoare. Cel mai dificil rămâne demersul logopedic, din două motive; pe de o parte, palierul limbajului și al comunicării este deosebit de afectat și perturbă relaționarea cu cei din jur, iar pe de altă parte, cu toate eforturile depuse de specialiști, în afazie nu este încă elaborat un sistem metodologic logopedic închegat și științific care să permită o recuperare eficientă și rapidă. Dar progrese pot fi realizate în înlăturarea tulburărilor de limbaj prin utilizarea unor metode și procedee mai bine statuate în cazul altor forme de tulburări ale limbajului, ca și prin aplicarea tehnicilor cunoscute de dezvoltare a conduitelor verbale de către un logoped abilitat în recuperarea afazicilor.

În reeducarea logopedică la afazici se urmărește dezvoltarea comunicării verbale și acolo unde limbajul a atins, anterior, un anumit nivel de evoluție, dar a fost deteriorat ca urmare a instalării afaziei, se are în vedere reconstrucția acestuia pe principiul adoptării pașilor mărunți sau a acțiunii de la simplu la complex. Pe parcurs, pot să apară tulburări de articulație (și, de obicei, apar în majoritatea cazurilor) și ele trebuie corectate după metodologia folosită în dislalie și disartrie (E. Verza, 2003). Scopul final este acela de a determina funcționarea normală a limbajului. Este nevoie de un număr mare de repetiții și în situații variate, pentru a putea forma automatismele verbale ale achizițiilor noi. Și pentru reinstalarea limbajului scris-citit se pot folosi multe din metodele și procedeele prezentate de noi în corectarea dislexo-disgrafiei. Subliniem că în cazul dereglărilor verbale, produse prin afazie, toate tehnicile terapeutice își sporesc șansele de eficacitate atunci când ele sunt însoțite de unele mijloace, ajutătoare, ca să le numim așa, cum ar fi: articularea prin imitarea unui model corect, vizualizarea mișcărilor aparatului fonoarticulator în timpul pronunției cu ajutorul unor imagini sau filme date cu încetinitorul, emiterea de cuvinte și propoziții în mod căutat, adaptând ceea ce unii autori numesc „terapia intonării melodice" sau „terapia melodică", folosirea extinsă a gesturilor, care ajută la declanșarea vorbirii, folosirea mișcărilor ample cu degetul pentru trasarea literei, grafem în aer sau pe sticlă, pentru a dezvolta motricitatea fină necesară scrisului ș.a.

Unde, din diferite motive, nu se pot realiza programe, se vor forma și dezvolta variante ale comunicării nonverbale (cunoscute) ce pot fi considerate alternative ale relaționării comunicaționale.

Capitolul X

DISTORSIUNE LA NIVEL PSIHIC ȘI COMPORTAMENTAL ÎN AFAZIE

Odată cu instalarea afaziei, au loc o serie de modificări la nivelul întregii activități psihice și comportamentale ale subiectului, începând cu activitatea psihică simplă, senzorială și terminând cu cea complexă, superioară. Astfel, toate formele afaziei produc efecte negative asupra activității psihice și comportamentale. Unele dintre aceste efecte sunt localizate și restrânse predominant la nivelul unor funcții, iar altele au un caracter mai general, afectând în mod extins și profund întreaga activitate psihică. Fenomenul ca atare depinde de gravitatea și forma afaziei, dar și de o serie de factori subiectivi, diferiți de la o persoană la alta. Mai facem precizarea că multe din aceste modificări pot fi remarcate și subliniate cu ocazia descrierii formelor afazice. Ne vom referi, în acest capitol, la acele modificări psihice ce au un grad de stabilitate mai mare și care se regăsesc într-un fel sau altul, în toate formele afaziei. Desigur, trebuie să avem în vedere că expunerea noastră nu poate fi exhaustivă, pentru că unele aspecte nu sunt suficient de cercetate și elucidate.

Dereglările din planul psihic încep încă de la nivelul senzorialității și devin din ce în ce mai complicate în cogniția superioară. Astfel, existența frecventă a agnoziei îl împiedică pe afazic să își manifeste abilitățile de a imita, de a reproduce și recunoaște semnificația informației senzoriale, chiar în absența unor deficiențe de percepție. Uneori, se pot produce inabilități în recunoașterea formelor, a culorilor, în aprecierea distanțelor și chiar a obiectelor. Ritmurile și formele muzicale sunt și ele greu de recunoscut, iar recunoașterea și,

respectiv, desenarea unor figuri dimensionale prezintă dificultăţi şi mai mari, fapt ce semnifică, **apraxia constructivă**, în timp ce deficitul în abilitatea de a recunoaşte figurile umane poartă denumirea de **prosopagnozie** şi, în fine, inabilitatea în recunoaşterea părţilor corpului se numeşte **autopagnozie**. La aceste caracteristici se adaugă **agnozia auditivă**, ce se manifestă prin inabilitatea de a recunoaşte, în unele situaţii, stimulii auditivi, deşi în alte împrejurări aceştia au fost recunoscuţi. O asemenea situaţie de dereglare temporală a sesizării stimulilor auditivi îl tensionează şi îl irită pe subiect, facilitând instalarea negativismului în faţa unor sarcini şi scăderea apetitului pentru activitate, afectând, astfel, cogniţia.

Pentru studiul memoriei, atenţiei şi gândirii, o serie de autori români (Kreindler şi Fradis, 1963, Kreindler, Fradis, Mihăilescu şi Gheorghiţă-Sevastopol, 1967), au aplicat, la afazici, probe psihologice, iar rezultatele obţinute au fost comparate cu performanţele persoanelor normale, astfel încât s-au putut pune în evidenţă aspecte specifice determinate de afazie.

La nivelul **memoriei**, apar modificări cu caracter general pentru întregul proces şi modificări particulare, ce ţin de o formă sau alta a memoriei. Se pare că tulburările cele mai extinse se manifestă la nivelul memoriei verbale, iar la subiecţii la care este afectată şi expresia, reproducerea cuvintelor auzite sau citite se face cu mare dificultate. Prin aplicarea probelor auditive, se constată că afazicii obţin performanţe mai slabe decât în cazul probelor vizuale. Dar şi într-un caz şi în altul, recunoaşterea este mai bună decât învăţarea şi, mai cu seamă decât reproducerea, care nu numai că se rezumă la un număr redus de stimuli, dar şi la frecvente inexactităţi. Evocarea care stă la baza învăţării şi reproducerii se realizează cu mai mare dificultate, deoarece implică o activitate complexă ce trebuie să se producă şi în lipsa stimulului, printr-o serie de asocieri şi comparaţii între elementele întipărite anterior. La afazici, apare fenomenul de rigiditate între situaţiile învăţate ce se extind şi asupra noilor achiziţii, fără ca acestea să poată deveni dominante prin elementele esenţiale şi definitorii. De cele mai multe ori, dintr-un proces care este predominant dinamic, se creează o ruptură între achiziţiile vechi şi cele noi.

Se cunoaşte de mult timp (Weisenburg şi McBride, 1935) că la afazic, informaţiile date pe cale verbală se reţin cu mai mare dificultate decât cele ce parvin pe cale neverbală. Dar s-a demonstrat că în condiţiile combinării materialului verbal cu cel neverbal, creşte

capacitatea de a obţine performanţe mai bune în planul memoriei generale. Acest fenomen este în egală măsură valabil pentru memoria auditivă, cât şi pentru cea vizuală. Autorii citaţi sunt de părere că cele mai accentuate tulburări de memorie se produc în cazul afazicilor amnestici, dar Kreindler şi Fradis, în urma experimentelor efectuate, ajung la concluzia că în afazia receptivă sunt prezente mult mai multe tulburări decât în afazia expresivă şi chiar în cea amnestică. Pentru „memoria imediată", ei remarcă că în toate cele trei forme de afazie (expresivă, receptivă şi amnestică) reproducerea implică dificultăţi mai mari decât în învăţare şi în recunoaştere, iar performanţele scad la probele verbale, comparativ cu cele neverbale şi sunt, de asemenea, mai slabe în memoria auditivă, comparativ cu cea vizuală.

Pentru „memoria întârziată" (Mihăilescu, Fradis şi Kreindler, 1965, Kreindler, Fradis şi Mihăilescu, 1967) au fost folosite probe relativ asemănătoare, pe un lot de subiecţi cu afazie expresivă, receptivă şi amnestică. S-a constatat că fenomenele de mai sus nu numai că se menţin, dar sunt şi mai accentuate, ca urmare a faptului că materialul verbal este tot mai dificil de evocat şi de reprodus, după scurgerea unui interval de timp mai mare sau mai mic. Totuşi, trebuie avut în vedere că, mai cu seamă în memoria de lungă durată, intervin o serie de factori subiectivi care influenţează unele caracteristici legate de tendinţa subiectului de a reţine mai bine aspecte de un anumit fel, de a le evoca în raport de o anumită conjunctură, de starea dispoziţională de la un anumit moment dat etc.

Deşi modificările **atenţiei** în afazie sunt invocate în literatura de specialitate, ele nu sunt suficient de cercetate, majoritatea studiilor se bazează doar pe observaţii mai mult sau mai puţin riguroase. Câteva din cercetările mai consistente, de la care se poate porni în studiul atenţiei, merită să fie consemnate. Astfel, Fraisse şi Ehrlich (1959) sunt interesaţi de capacitatea afazicilor de a-şi orienta atenţia simultan asupra a doi stimuli. În acest sens, ei folosesc probele de baraj, în urma cărora ajung la concluzia că deşi se manifestă o lentoare în efectuarea probelor, afazicii au posibilitatea de a se orienta în funcţie de două modele cuprinse în experiment pentru fiecare semn. Utilizând probe relativ asemănătoare, şi Botez (1962) constată că performanţele afazicilor sunt apropiate de cele ale subiecţilor normali. Berry şi Eisenson (1964) sunt de părere că afazicii suplinesc dificultăţile de percepere în mod compensativ, prin sporirea activităţii bazate pe atenţia voluntară.

Cercetările efectuate de Kreindler, Fradis Sen Alexandru, Mihăilescu şi Gheorghiţă-Sevastopol (1963, 1968) au vizat studiul concentrării şi mobilităţii atenţiei la afazici, iar rezultatele obţinute au fost comparate cu caracteristicile fenomenelor respective ale unui lot martor de subiecţi normali. Autorii respectivi au aplicat excitanţi verbali şi neverbali, vizuali şi auditivi, iar datele obţinute pe subiecţii cu diferite forme de afazie au fost comparate cu cele ale subiecţilor normali. Subiecţii investigaţi, cu vârste cuprinse între 29 şi 71 de ani, având studii elementare, medii şi superioare, prezentau forme de afazie de tip expresiv, receptiv şi amnestic.

Rezultatele obţinute au fost prelucrate în funcţie de performanţele, omisiunile şi erorile făcute. Astfel, s-a constatat că afazicii înregistrau performanţe semnificativ mai reduse (cu puţin peste 50%) faţă de subiecţii normali, iar dificultăţile în depăşirea omisiunilor şi erorilor duceau la scăderea rapidităţii şi a corectitudinii în executarea sarcinii de lucru. Diferenţele cele mai mari între performanţele afazicilor şi normalilor au fost consemnate la probele vizuale neverbale, (semne geometrice). Omisiunile cele mai frecvente la afazici au apărut la probele ce implicau analizatorul auditiv, dar erorile înregistrează o scădere pe linia ambilor analizatori. Referindu-ne la rezultatele obţinute în funcţie de forma afaziei, se constată că afazicii receptivi au cele mai slabe performanţe la toate probele de baraj, iar la probele vizuale bazate pe imagini, afazicii amnestici prezintă numărul cel mai mare de omisiuni şi, în fine, în probele vizuale verbale, subiecţii cu afazie receptivă înregistrează, din nou, un număr mare de omisiuni. La probele auditive, apar omisiuni frecvente în toate formele de afazie.

Aceiaşi cercetători au demonstrat, experimental, că la afazici şi mobilitatea (flexibilitatea) atenţiei este deficitară, comparativ cu subiecţii normali. Această caracteristică este determinată de creşterea latenţelor în adaptarea răspunsurilor la diferiţi stimuli, atât de natură optică, cât şi de cea acustică. Dintre cele trei categorii de afazici, (expresivi, receptivi şi amnestici), cei cu afazie receptivă prezintă o mobilitate mai scăzută a atenţiei, în timp ce ceilalţi subiecţi afazici prezintă o mobilitate mai apropiate de normali, ducând astfel, la îmbunătăţirea performanţelor lor.

Cele mai multe şi consistente cercetări sunt consacrate studiului **gândirii** şi **limbajului** şi implicit, aspectelor legate de **inteligenţa** afazicilor. Cu toate acestea, rămân încă multe lucruri neclare sau insuficient elucidate, dat fiind faptul că, pe de o parte, specialiştii nu sunt unanimi de acord în ceea ce priveşte specificitatea tulburărilor acestor funcţii psihice la diferitele categorii de afazici, iar pe de altă parte, tehnicile de cercetate sunt atât de diferite de la un autor la altul, încât rezultatele obţinute nu pot fi raportate la criterii unitare pentru a putea face generalizări riguroase.

Judecarea gândirii şi limbajului trebuie făcută într-un context în care să se aibă în vedre că afazicul se raportează diferit faţă de normal la realitatea obiectivă, întrucât funcţiile intelectuale sunt influenţate şi de prezenţa unor tulburări de la nivelul percepţiilor primare şi a unor caracteristici agnozice ce produc dificultăţi în vehicularea corectă a informaţiilor anterioare.

Cele mai multe cercetări pornesc de le ideea lui Jackson (1879), conform căreia afazia se caracterizează şi prin existenţa unor tulburări, câteodată chiar grave, ale intelectului. Astfel, P. Marie (1962) afirmă şi el că în afazie sunt prezente tulburările intelectului mai pronunţate în unele forme, cum ar fi afazia de tip Wernicke, dar care se diferenţiază de cele din demenţă, mult mai grave şi mult mai extinse. După P. Marie, tulburările intelectului coexistă cu tulburările altor funcţii psihice, în timp ce limbajul este mai puţin alterat sau aproape deloc. Dar Weisenburg şi McBride (1935) neagă existenţa tulburărilor de inteligenţă, ca o caracteristică specifică în afazie, deşi sunt de acord cu prezenţa altor tulburări ale funcţiilor psihice. Head este de părere că tulburarea inteligenţei nu depinde atât de afazie, cât de disfuncţiile verbale care apar în aceasta şi care duc la diminuarea capacităţilor de abstractizare şi de simbolizare, astfel încât afectarea inteligenţei este numai un recul al acestor caracteristici. Goldstein (1948) afirmă că tulburările de gândire şi de limbaj depind de leziunea cerebrală, chiar dacă nu se instalează afazia, ceea ce înseamnă că ele nu sunt interdependente de alte tulburări psihice. Pe baza aplicării unor teste de inteligenţă la afazici, după un interval de timp de la producerea traumatismului, Wepman (1951) a constatat o scădere semnificativă a coeficientului de inteligenţă (relativ asemănătoare celui din debilitatea mintală uşoară – 70,4). Dar o serie de autori, printre care Meyers (1948), Tenber şi Weinstein (1956), Alajouanine şi Haermitte (1964) şi Zangwill (1964) sunt de părere că tulburările intelectului invocate în afazie nu sunt determinate de aceasta, ci de prezenţa dificultăţilor de apraxie ori de alte afecţiuni cauzate tocmai de leziunile ce determină şi afazia.

Funcţionalitatea intelectului este influenţată şi de caracteristicile de structură şi de formă ale limbajului. Astfel,

diminuarea capacităţilor verbale apare ca o trăsătură dominantă în toate formele de afazie în care potenţialul verbal comunicativ al subiectului este determinat atât de etiologia afaziei, cât şi de nivelul afectării altor funcţii psihice implicate în desfăşurarea comportamentelor verbale. Fenomenul cel mai izbitor în afazie este acela al reducerii numărului de cuvinte pe care le poate evoca şi utiliza în comunicare. La acestea se adaugă şi dificultăţile de emitere şi de pronunţare corectă a sunetelor şi a cuvintelor. Ca urmare a leziunilor centrale ce se produc în afazie şi formaţiunile cavitare, ceea ce are efecte directe asupra mişcărilor normale ale organelor active (glota, cavitatea faringiană, cavitatea bucală, cavitatea nazală). Rezultă că pentru articularea corectă a sunetelor şi a cuvintelor este nevoie şi de integritatea şi funcţionalitatea normală atât a organelor active ale vorbirii (limba, buzele, palatul moale, faringele, laringele, uvula), cât şi a celor pasive (dinţii şi palatul dur). În acest context, A. Zolog (1997, pag.121) precizează că pentru afaziolog este important să ţină seama de faptul că producţia verbală depinde şi de „existenţa unor variante normale ale sunetelor articulate, atât individuale, legate de variaţiile normale de conformaţie ale organelor fonatorii, cât şi patologice, în cazul unor defecte morfologice ale acestora, sau din cauza unor tulburări de motilitate de origine neurologică". În egală măsură, trebuie să se aibă în vedere că în evaluarea vorbirii unui individ, se pot produce variante normale ale aceluiaşi sunet articulat, în funcţie de influenţa exercitată de sunetele învecinate (A. Rosetti, A. Lăzăroiu, 1982).

Subiecţii a căror leziune se află în emisferul stâng prezintă, pe acest plan, dificultăţi mai mari faţă de cei cu leziuni ale emisferului drept. Dar, desigur, fenomenul depinde şi de dominanţa emisferică specifică fiecăruia. În afazia amnestică, acest fenomen este mai accentuat şi mai extins, cuprinzând, în special, cuvinte cu caracter abstract sau cuvinte folosite mai puţin în limbajul uzual. Funcţia de denumire a obiectelor şi a acţiunilor este marcată de o latenţă mai mare faţă de indicarea obiectului sau a repetării cuvintelor. Se poate constata o relaţie directă între sărăcia vocabularului şi reducerea textului, ceea ce reprezintă o caracteristică semnificativă pentru adoptarea unui stil comunicaţional. De aici, prezenţa fenomenului de tip stil telegrafic în vorbirea afazicilor, invocat frecvent de o serie de autori, ca o caracteristică de specificitate în comunicarea subiecţilor afectaţi de afazie.

Acest fenomen îşi pune amprenta pe structura frazei, atât ca întindere, cât şi ca formă (construcţie) sintactică şi morfologică. Definind afazia ca pe o „dificultate în a propoziţiona", Jackson (1958) subliniază nu numai lacunele existente într-un text, ci şi modul de construcţie a sintagmelor din punct de vedere al coerenţei logice. Agramatismul, prezent frecvent la afazici, accentuează şi el construcţia simplificată a frazei şi a stilului telegrafic. Tulburările de sintaxă şi de morfologie pot fi întâlnite în afazie fie împreună (cel mai des), fie separat, dar şi într-un caz şi în altul, îşi pun amprenta pe calitatea frazărilor şi a fluenţei vorbirii. La acestea se mai adaugă distorsiunile în folosirea pauzelor, a elementelor prozodice (intonaţie, ritm, accent etc.) şi desele ezitări în adoptarea formelor verbale adecvate.

Totuşi, comunicarea verbală a afazicilor este însoţită şi susţinută de o serie de elemente prozodice. În acest sens, este interesant cazul prezentat de Botez, Carp şi Mihăilescu (1968). Acesta suferea de o afazie gravă de tip Broca, a cărui limbaj se reducea la un singur cuvânt, „Da", ce era rostit în toate împrejurările, dar lacunele informaţionale erau suplinite prin folosirea, relativ bogată, a elementelor prozodice.

P. Schveiger (1980) este de părere că deficienţele de frazare ale afazicilor diferă, de cele mai multe ori de cele ale copilului mic, prin faptul că ele sunt legate de recepţionarea mesajelor şi nu de emiterea cuvintelor ce afectează ordinea corectă în structurarea propoziţională. Dar, în aprecierea corectitudinii unei fraze trebuie să avem în vedere şi ezitările afazicilor în căutarea şi regăsirea cuvintelor pe care le vehiculează în construcţia frazei, fapt ce semnifică neconcordanţa dintre totalul timpului de emitere şi numărul pauzelor de ezitare din vorbire. Voiculescu şi Schveiger (1980, pag. 77) subliniază existenţa unor diferenţe între subiecţii cu forme diferite de afazie, în ceea ce priveşte problema găsirii cuvântului potrivit pentru construcţia frazei. Astfel, afazicii amnestici, când au dificultăţi în găsirea cuvântului potrivit, îl înlocuiesc cu un alt cuvânt sau cu o perifrază, în timp ce afazicii senzoriali recurg, în situaţii similare, la parafrazii semantice.

Observaţiile clinice au confirmat ideea lui R. Jakobson (1968), cu privire la limbaj, prin care se subliniază că afa[illegible]l pierde mai întâi achiziţiile făcute mai târziu, ceea ce înseamnă că sunetele limbii dispar în ordine inversă faţă de însuşirea lor de către copil.

Adeseori, în formele afazice se produc deformări de cuvinte sau substituiri de cuvinte prin altele asemănătoare ca pronunție, dar diferite ca sens, fenomen denumit prin termenul de parafrazie. Când această situație devine gravă, parafraziile, paragramatismele și jargoanele duc la o vorbire neinteligibilă. Parafraziile se pot manifesta sub forma a trei categorii: verbale, morfemice și fonemice sau fonetice. Parafraziile verbale presupun înlocuirea unui cuvânt cu altul și când se manifestă în același câmp semantic, ca și cuvântul vizat, se numesc semantice (ex. pix înlocuit cu creion), iar în cazul parafraziilor morfologice, substituția se efectuează cu cuvinte asemănătoare din punct de vedere fonologic (ex. fată în loc de vată). Spre deosebire de acestea, parafraziile morfemice sunt mai rare și se rezumă la o asociere nepotrivită de morfeme, iar parafraziile fonetice au o frecvență mare și constau în transformarea unor forme ce duc la substituiri chiar în afara unor categorii deficitar articulate (L. Dănăilă și M. Golu, 2006).

Interesante sunt și studiile lui C. Calavrezo, în care descrie parafraziile verbale prin distincția factorilor structurali ai similitudinii și proximității. Pentru a demonstra specificul producerii acestui fenomen, autorul respectiv a recurs la proba denumirii părților corpului și a ajuns la concluzia că în cazul unei substituiri, pot exista mai multe mecanisme posibile. Ca atare, substituirile prin similitudine se produc în următoarele situații:

1. prin asemănarea structurilor acustico-kinestezice. Spre exemplu, termenul de *frunte* este înlocuit cu *frunze*;
2. prin asemănarea formei obiectului. Exemplu: partea corpului denumită *călcâi* este înlocuită cu *genunchiul*;
3. prin asemănarea funcțiunii anumitor părți ale corpului. Exemplu: *palmă* în loc de *talpă*;
4. prin asemănarea atât acustico-kinestezică, cât și ca formă. Exemplu: *oase* în loc de *coaste*;
5. prin asemănarea stării psihice de mare încordare, ajunge să denumească o parte a corpului cu un cuvânt a cărui evocare îi provocase, anterior, dificultăți asemănătoare. Exemplu: *tâmplă* în loc de *piept*.

Confuziile prin **proximitate** presupun două mecanisme posibile:

1. prin proximitate spațială, când subiectul afazic denumește o parte a corpului cu una apropiată . Exemplu: *frunte* în loc de *sprânceană*;
2. prin proximitate temporală, când afazicul denumește o parte a corpului cu același cuvânt cu care a denumit anterior o altă parte a acestuia.

În același timp, se pot produce confuzii atât prin proximitate spațială, cât și prin proximitate temporală. Exemplu: *nară* în loc de *nas*.

Jargonofazia este o tulburare mai gravă a limbajului decât parafrazia și constă în folosirea de către afazic a unor cuvinte noi, create de el, dar fără să aibă o semnificație stabilită (ex. în loc de masă, nasă). Verstickel și Cambier (1996) au observat că la afazici jargoanele se manifestă prin patru forme principale: jargon nediferențiat, jargon semantic, jargon fonetic sau neologic și jargon sintactic. Dar aceste jargoane se diferențiază cu dificultate, deoarece ele se asociază cu tulburările grave ale înțelegerii limbajului. În schimb, distincția lor se poate realiza pe baza aspectului formal al manifestărilor verbale. Astfel, jargonul nediferențiat se caracterizează prin asocierea unor elemente fără regulă și lipsite de semnificație lingvistică, jargonul semantic, deși are la bază cuvinte reale, ele nu sunt asociate după o regulă anume, jargonul fonetic sau neologic se produce prin asocierea unor cuvinte alterate, din punct de vedere fonetic și, în fine, jargonul sintactic se prezintă sub forma unor abateri extinse de la regulile sintaxei.

Agramatismul este un alt aspect ce definește vorbirea afazicilor. Acest fenomen este evidențiat și extins, el provoacă la unele categorii de subiecți (mai ales la cei cu o anumită pregătire intelectuală) stări de agitație sau tensiune la nivel comportamental și relațional. Manifestarea agramatismului diferă de la un afazic la altul, în funcție de tipul de afazie în care se încadrează. Astfel, în afazia de tip Broca, unde desfășurarea limbajului îmbracă forma telegrafică, caracteristicile ce țin de morfologia sintaxei sunt determinate de utilizarea unor cuvinte și morfeme inflexionale sau de omisiuni frecvente în construcția frazelor. Din acest ultim aspect rezultă dificultăți majore în construcția unor fraze complexe și mai dezvoltate.

În afazia Wernicke, fenomenul principal este acela al prezenței paragramatismului, ce constă în dificultăți de folosire corectă a timpului verbelor, în general, a cuvintelor și a propozițiilor odată cu

înregistrarea frecventă a unor erori în utilizarea corectă a cuvintelor şi/sau substituiri de cuvinte. Un astfel de fenomen duce la o lungire a frazei, uneori la o vorbire logoreică, dar fără a atinge performanţe din punct de vedere al conţinutului sau a bogăţiei de idei exprimate.

În ambele forme de afazie (Broca şi Wernicke), la care ne-am referit, pe lângă elementele de agramatism, sunt prezente şi tulburări de comprehensiune a structurilor gramaticale ale limbajului şi acest fenomen este cunoscut, în literatura de specialitate, prin termenul de **disintaxie.**

În afazie apar şi tulburări de tip prozodic, când se produc o serie de distorsiuni la nivelul tonalităţii, intensităţii, intonaţiei, ritmului accentului şi pauzelor în vorbire. Aceste fenomene sunt şi ele manifestări diferite de la un tip sau altul de afazie, asociindu-se şi cu intensitatea stărilor emoţionale ale subiectului, iar uneori, chiar cu deficienţele sale intelectuale.

Este remarcabil că unele aspecte ale manifestărilor legate de fenomenologia psihică atât de complexă au fost şi ele intuite de unii autori cu mult înainte de investigaţiile moderne ale afaziei. În acest context, subliniem contribuţia lui Osborne (1833), care, pe baza prezentării unui subiect cu o educaţie înaltă ce suferea de jargonofazie, era capabil să înţeleagă vorbirea, reuşea să citească şi să înţeleagă cele citite, iar scrisul era parţial alterat. Lordat (1843) prezintă cazul unui preot care a devenit afazic după un accident vascular cerebral. După debutul afaziei, aceasta s-a extins (generalizat) ca apoi să se amelioreze, dar nu reuşea decât cu dificultate să pronunţe câte un cuvânt, în schimb, putea să se exprime prin dialectul său provincial. Referindu-se la propria sa afazie, Lordat arată că tulburările sale de expresie a vorbirii erau asociate cu cele de înţelegere ale vorbirii. Abordând relaţia dintre limbaj şi inteligenţă, Lordat afirmă că ele sunt două identităţi separate, iar afazia nu poate fi nici cauza şi nici semnificaţia demenţei.

Într-o anumită măsură, toate funcţiile limbajului sunt afectate în afazie. Dar unele dintre ele sunt mai tulburate în raport cu altele şi pot distorsiona întregul proces comunicaţional. Funcţia simbolică este în genere tulburată, ceea ce îngreunează comunicarea cu cei din jur. Tulburarea funcţiei simbolice a fost denumită prin termenul de **asimbolie**, termen introdus în ştiinţă încă din 1870, de către Finkelburg.

Pick (1908) face precizarea că există două feluri de simbolii: una se referă la tulburarea produsă la nivelul expresiei simbolurilor,

iar alta la tulburările de înţelegere a acestora. Din contribuţiile şi ale altor autori, rezultă că odată ce se produc asimboliile, are loc un impact negativ la nivelul funcţiilor cognitive superioare, deoarece procesul de decodificare a semnelor pentru a înţelege şi a formula operaţii informaţionale nu se realizează în mod complex ci, adeseori, cu întreruperi, imprecizie, incompletitudine etc. Dificultăţile care se produc la nivelul limbajului depind şi de profunzimea şi întinderea zonelor afectate din ambele emisfere cerebrale, deoarece funcţionalitatea acestuia antrenează întreaga suprafaţă emisferică, dar conform principiului existenţei unor funcţii puternic localizate (cum este şi cazul limbajului), emisfera stângă are un rol mai important comparativ cu emisfera dreaptă. Cercetările recente au demonstrat că zonele din emisfera stângă sunt, la majoritatea subiecţilor, mai extinse decât zonele similare din emisfera dreaptă. Cu toate acestea, „configuraţia mecanismelor neurofiziologice ale limbajului nu este predeterminată, ci ea se constituie în cursul ontogenezei (între 0-3/4 ani). Specializarea diferitelor zone componente în realizarea unei laturi sau a alteia a limbajului (morfo-fonologică, morfo-grafică, sintactică, semantică) este rezultatul învăţării, al exerciţiului, fiind, deci, mai pronunţată şi mai pregnant individualizată la adult decât la copil. Prin aceasta se explică şi diferenţele individuale care se constată în schema concretă de organizare a mecanismelor limbajului." (Dănăilă şi Golu, 2006, pag. 620-621).

Şi Bouilland (1825) s-a referit la cazul unui afazic care putea să exprime câteva cuvinte în dialectul său, dar nu reuşea să comunice în limba natală (franceză). Acelaşi autor descric prezenţa ecolaliei la unii afazici, comparativ cu cei care nu puteau vorbi deloc; primii puteau să repete în mod automat unele cuvinte recepţionate. Atât Bouilland cât şi Lordat distingeau între amnezia verbală şi afectarea memoriei cuvintelor care conduc la incapacitatea de a pronunţa cuvintele. Lordat se referă şi la manifestările de tipul parafraziei, la dificultăţile de găsire a cuvintelor pentru exprimare şi la deformarea frecventă a acestora.

Rezultă, aşadar, că tulburarea procesului de comunicare, (atât la nivelul limbajului expresiv, cât şi la cel impresiv, ca urmare a instalării unei afecţiuni cerebrale, (frecvent corticale şi mai rar subcorticale) constituie axul definitoriu al afaziei. Astfel, afazia semnifică tulburările abilităţilor de transmitere a informaţiilor, ideilor, gândurilor, sentimentelor şi trăirilor interioare, ca şi cele de receptare şi înţelegere a limbajului vorbit, scris şi citit. În paralel,

sunt afectate şi aspectele prozodice ale limbajului, ca şi cele legate de utilizarea unei mimici, pantomimici şi a gesturilor adecvate conţinutului comunicării.

În raport cu felul în care se produce debutul bolii afazice, brusc şi rapid sau dimpotrivă, lent şi progresiv, afazia poate determina perturbarea întregului proces al comunicării sau numai unele dificultăţi parţiale în utilizarea limbajului şi cu o păstrare, relativ bună, a comunicării prin mijloace extralingvistice (gesturi, mimică, pantomimică) şi o participare voluntară, cu efort evident, la schimbul de informaţii prin sistemul fonolingvistic.

Alături de dificultăţile în producerea sunetelor şi a silabelor, fapt ce afectează emiterea corectă şi a cuvintelor, majoritatea afazicilor folosesc restricţionat unele tipuri de cuvinte, cum ar fi cele ce exprimă relaţia, ori cele care semnifică schimbarea subiectului în timpul interacţiunii comunicării cu parteneri diferiţi. Frecventele inflexiuni morfologice şi dificultăţile operaţionale mentale se adaugă şi ele la cele de mai sus, făcând imposibilă desfăşurarea vorbirii coerente şi structurarea logică. Comparativ, afazicii au tendinţa de a recurge la categorizarea cuvintelor într-o manieră concret-emoţională, dar, în realitate, acest demers nu contribuie la sporirea eficienţei comunicării, deoarece raportarea şi încadrarea în context a ideii nu se poate face decât în mod limitat. (E. Verza, 2007).

Rezultă existenţa unei palete foarte largi a tulburărilor de limbaj în afazie. Prin descrierea **sindromului de dezintegrare fonetică**, Alajouanine, Ombredane şi Durand (1939) pun bazele întemeierii semiologiei afaziologice moderne. Odată cu descrierea acestui sindrom sunt evidenţiate o serie de aspecte ce privesc expresia şi recepţia verbală, ca şi cele ale fenomenologiei actului lexic şi grafic.

În plan fonetic, sindromul de dezintegrare presupune existenţa unor dificultăţi de emisie verbală, adoptarea unui debit verbal lent şi neregulat, o tendinţă de înlocuire a vocalelor nazale cu vocale orale şi a consoanelor fricative cu cele ocluzive, iar a consoanelor sonore cu consoanele surde. Aceste fenomene se manifestă şi în funcţie de specificul limbii în care se exprimă subiectul afazic şi de frecvenţa sunetelor respective în limbă, ceea ce poate face ca prin extinderea modificărilor respective, vorbirea să devină mai mult sau mai puţin inteligibilă. Referindu-se la dezintegrarea fonetică de la nivelul superior, Lecours şi Lhermitte o denumesc cu termenul de parafazie fonemică. Pot exista afazici cu parafazii fonemice fără să prezinte şi tulburări de articulare. Pentru a delimita parafaziile fonemice de alte tulburări, A. Zolog (1997) le sistematizează astfel:

1. omisiunea fonemului;
2. plasarea fonemului într-o altă poziţie decât cea normală în silabă;
3. introducerea unui fonem suplimentar (cropac în loc de copac);
4. înlocuirea unui fonem într-o silabă, fără legătură cu alte silabe (cosă în loc de casă);
5. plasarea unui fonem în altă silabă a cuvântului (cribit în loc de chibrit);
6. înlocuirea unui fonem după modelul unui fonem din silaba următoare (tratiţă în loc de cratiţă);
7. inversarea a două foneme din silabele învecinate (lucoare în loc de culoare).

Parafazia semantică denotă substituirea unui cuvânt cu altul, care aparţine aceleiaşi paradigme, cum ar fi rece în loc de fierbinte, creion, în loc de stilou etc. Dar trebuie subliniat că există o strânsă legătură între parafaziile fonetice şi cele semantice, ceea ce îngreunează distincţia dintre ele şi când se manifestă ambele la acelaşi afazic, fenomenul parafazic devine mult mai grav.

Din punct de vedere semiologic, tulburările de înţelegere nu sunt atât de extinse şi de grave, comparativ cu tulburările de expresie. Cu toate acestea, tulburările de înţelegere pot afecta atât unităţile lingvistice elementare, cât şi unităţile lingvistice complexe. Şi unele şi altele se pot manifesta predominant, fie la nivel fonetic, fie la nivel semantic. Spre exemplu, neînţelegerea cuvintelor izolate poate fi fonetică sau poate fi semantică.

După cum am văzut, tulburărilor de înţelegere a limbajului vorbit li s-a dat denumirea de **surditate verbală**. Ea afectează nu numai înţelegerea vorbirii, dar şi buna cooperare şi adaptarea verbală a afazicului la interlocutor. La cuvintele cu sensuri mai multe, la cele polisemantice şi la omonime, afazicul surprinde, adeseori, un singur sens sau poate recurge la o reducţie stereotipă, ce are la bază o situaţie prin care a trecut anterior. Pentru cei cu surditate verbală le este specific şi faptul că întâmpină dificultăţi la înţelegerea comenzilor verbale, ceea ce face ca după executarea primelor comenzi să se producă o perseverare în executarea repetitivă a celor din urmă.

Tulburările grafiei şi lexiei însoţesc tulburările de exprimare verbală. La nivelul grafiei apare ca prim fenomen cel de **discaligrafie**, când deformarea grafemelor este evidentă şi cu oarecare frecvenţă atât pentru cele izolate, cât şi atunci când ele se află în grupuri de grafeme. Când aceste caracteristici sunt mai accentuate şi au o extensie mai mare, comunicarea scrisă se realizează cu mare dificultate. Pe de altă parte, se poate constata că există multe asemănări între parafazii şi paragrafii. Şi acestea din urmă se manifestă prin omisiuni de grafeme, substituiri, plasarea unui grafem în locul altuia la nivelul cuvântului, perseverarea (repetarea) unui grafem din cuvântul anterior, mai cu seamă când acesta ocupă un loc final, inversarea unui grafem cu altul la nivelul cuvântului, adăugarea de grafeme suplimentare ş.a.

În genere, formele uşoare şi moderate ale tulburărilor grafiei (ca şi cele ale lexiei) se prezintă cu o simptomatologie caracteristică disgrafiei, pe fondul intelectului normal (respectiv dislexiei normalului), iar în afazia gravă, tulburările grafiei fac imposibilă comunicarea scrisă, devenind astfel o agrafie tipică (şi în cazul tulburărilor lexiei, o alexie tipică). De altfel, majoritatea afaziologilor consideră că atât alexia pură, cât şi agrafia pură sunt forme sau sindroame afazice, dar provocate de o etiologie ce nu poate fi precizată în toate cazurile cu multă rigoare. Sunt şi afaziologi ce apreciază alexia şi agrafia ca pe un simptom ce apare cu o frecvenţă mai mare sau mai mică în toate formele de afazie şi este raportat, de obicei, la gravitatea acesteia şi la etiologia precisă ce a determinat-o.

Interesant este şi studiul manifestărilor limbajului la afazicii poligloţi. Deşi literatura de specialitate nu conţine prea multe date în această problemă, cele care sunt acumulate pe un număr relativ mic de subiecţi şi bazată mai mult pe observaţie, în lipsa unor probe specifice, vin în sprijinul formulării unei teorii generale cu privire la precizarea funcţionalităţii ierarhice a structurii limbajului, în condiţiile afectării acestuia comparativ cu situaţiile de normalitate.

Majoritatea studiilor au fost efectuate pe afazicii bilingvi şi mai puţine pe cei care cunoşteau mai mult de două limbi. Pe baza acestora, s-a acreditat mai întâi ideea că la afazicii poligloţi se conservă mai bine limba maternă, iar limba sau, respectiv, limbile străine sunt mai frecvent şi mai mult afectate. Cum limbile străine sunt achiziţionate mai târziu, rezultă ideea că structurile verbale mai noi şi recente sunt primele afectate şi mai deteriorate, comparativ cu structurile verbale mai vechi, însuşite în perioadele timpurii de învăţare a limbajului.

Opusă credinţei de mai sus, tot spre sfârşitul secolului trecut, apare ideea potrivit căreia limba sau limbile ce au fost folosite mai mult în ultimii ani dinaintea îmbolnăvirii subiectului sunt mai bine conservate şi deteriorarea unor structuri verbale este mai restrânsă.

În analiza acestor aspecte, trebuie să se ţină seama şi de câteva situaţii speciale, traversate de subiect, cum ar fi: subiectul poate folosi pe o perioadă de timp în mod relativ egal, două-trei limbi; subiectul revine după o perioadă de timp la utilizarea limbii achiziţionate în copilărie şi care, din anumite motive, nu a mai fost folosită; subiectul foloseşte o limbă în mediul familial şi altă limbă în afara acestuia, în mediul social, cultural, profesional etc. La aceste situaţii, A Zolog (1997) adaugă „cazul intelectualilor" care scriu şi citesc mai mult într-o limbă ce este diferită de cea care este vorbită zi de zi, iar M. Critchley (1974) aduce în prim plan factorii de ordin psihologic, exemplificaţi prin situaţia subiectului emigrant care are resentimente faţă de ţara de origine şi totodată, faţă de limba maternă, comparându-l cu subiectul care are nostalgia ţării de origine şi are afecţiune pentru limba maternă, făcând efortul de a o cultiva şi în viitor.

Interesantă este şi ideea lui I. Voinescu şi colab. (1976) care aduce în discuţie un subiect afazic tetralingv cu limba maternă greaca şi care vorbea în măsură egală româna, rusa şi germana. Odată cu instalarea afaziei, toate limbile ştiute de subiect au fost relativ la fel afectate, deşi greaca şi germana au fost mai puţin utilizate.

Unii autori observă că la poligloţi evoluţia afaziei este superioară altor cazuri, iar recuperarea, chiar dacă se face într-o singură limbă, influenţează în mod favorabil procesul recuperativ şi pentru celelalte limbi, deşi ideal este ca acolo unde este posibil, să se acţioneze prin intermediul tuturor limbilor ştiute de subiect (A. Zolog, 1997).

Prin urmare, putem sintetiza câteva caracteristici generale ale vorbirii şi limbajului ce sunt prezente, într-o măsură mai mare sau mai mică, în toate formele de afazie. Acestea pot fi reduse la :

- Existenţa unor dificultăţi în realizarea mişcărilor sincrone de la nivelul aparatului fonoarticulator şi a unor părţi ale corpului implicate în producerea comunicării verbale şi nonverbale;
- Lipsa sau diminuarea relaţiei dintre conştientizarea mişcărilor necesare articulării cuvintelor şi înţelegerea exactă a semnificaţiilor acestora;
- Caracterul apraxic al vorbirii se extinde şi la nivelul sunetelor şi al silabelor;

- Prezența vorbirii telegrafice, mai cu seamă în comunicarea spontană;
- Trăirile intense emoțional-afective determină, adeseori, o dezorganizare a comunicării verbale și nonverbale;
- Evoluția limbajului înregistrează regrese și stagnări relativ lungi și nu un progres constant și continuu, caracteristici dependente de starea psihofiziologică a subiectului și de modul cum percepe atitudinea celor din jur față de el;
- Calitățile de la nivelul personalității și comportamentului se dezvoltă sau se deteriorează în raport de evoluția comunicării și a limbajului;
- Dificultățile din planul vorbirii expresive se corelează cu cele din vorbirea receptivă, ale cititului și scrisului, ale gândirii și ale deprinderilor instrumentale;
- Deteriorarea și slăbirea potențialului abilităților de interpretare și de formulare a limbajului;
- Exprimarea dorințelor/trebuințelor se conservă mai bine în raport cu comunicarea comprehensivă;
- În formele grave ale afaziei, regresul de la nivelul funcțiilor comunicaționale se asociază cu o degenerare a intelectului și memoriei, ce duce, treptat, la instalarea demenței.

Capitolul XI

ALALIA

Limbajul, ca instrument al gândirii, îndeplinește funcția de cunoaștere, iar ca instrument al vieții sociale, se realizează prin funcția de comunicare. Dezvoltarea și organizarea acestor funcții se face în relația individului cu mediul înconjurător, de a cărui calitate depind progresele ce se realizează nu numai pe acest plan, ci și pentru evoluția psihică generală. Însușirea și dezvoltarea limbajului se produce în mod gradual în raport de sănătatea organismului și de calitatea mediului socio-cultural în care acesta trăiește, dar și în funcție de nivelul stimulărilor din partea părinților, a adulților cu care vine în contact.

Atunci când se produce o tulburare de limbaj, de un tip sau altul, pot apărea stagnări sau chiar involuții, nu numai la nivelul comunicării, dar și în planul dezvoltării psihice generale, deoarece impactul tulburării asupra personalității copilului determină dezorganizarea întregii activități a achizițiilor și a elaborării răspunsurilor adecvate la stimulii din mediu.

În alalie, se întâlnesc astfel de tulburări extinse ale limbajului, ce cuprind majoritatea categoriilor respective, pe fondul retardului verbal. Retardul verbal se manifestă sub toate aspectele și prezintă o complexitate majoră pentru că arareori, găsim un subiect alalic ce se încadrează într-o formă ușoară de retard, pentru că la cei mai mulți, acesta se concretizează de la neputința emiterii unor sunete izolate sau a cuvintelor simple până la o incapacitate evidentă de frazare.

1. *Determinism şi relaţie în retardul verbal, disfazie şi alalie*

Pentru a putea stabili relaţia de determinare şi încadrarea alaliei în categoria retardului verbal sau în tulburările polimorfe ale limbajului, este nevoie de a adopta unele criterii riguroase la care să ne raportăm şi care să permită, totodată, efectuarea unei clasificări. Din această perspectivă, F. Estienne se referă la două categorii de autori, pentru unii este important să se stabilească specificul tulburării, de unde trebuie pornit în alcătuirea unei clasificări riguroase, iar pentru alţii, tulburările de limbaj, care nu sunt produse printr-o atingere neurologică, au caracter de tulburare afectivă şi, ca atare, analiza simptomelor nu prezintă semnificaţie importantă sau că şi clasificările nu sunt utile.

Adepţii clasificărilor subliniază că toate sindroamele care duc la alterarea funcţiilor lingvistice, chiar dacă nu au o etiologie precisă sau neidentificată (cum sunt întârzierile, retardurile verbale, disfazia, alalia), pot fi descrise şi delimitate, apoi ierarhizate după criterii stabilite în prealabil. Criteriile care pot fi adoptate sunt de natură descriptivă, etiologică şi de severitate a tulburării.

O serie de autori de prestigiu, ca Launay şi Borel-Maisonny (1972), Aimard (1972), Bouton (1976), Porot (1978), citaţi şi de F. Estienne (1989), sunt de părere că tulburările de tipul retardului verbal, disfaziei şi alaliei, se pot defini prin două caracteristici:

a. sunt tulburări de achiziţie şi de organizare a limbajului, spre deosebire de alte tulburări, care se produc după o perioadă, mai scurtă sau mai lungă, de dobândire a limbajului (cum sunt afazia, dislexia, disgrafia etc.);

b. sunt tulburări ce nu presupun abateri semnificative de la integritatea funcţională neurologică, senzorială şi fiziologică, cum sunt cele generate de psihoze, de deficienţa mintală, de deficienţa de auz etc.

Luând în considerare şi criteriul severităţii tulburărilor respective, aceeaşi autori operează cu ierarhizări în tulburări uşoare/simple, opuse tulburărilor grave/severe. Estienne este de părere că primelor le este caracteristică o întârziere moderată în achiziţia limbajului, fapt pentru care copilul nu reuşeşte să intre într-un sistem comunicaţional obişnuit cu cei din anturaj, iar tulburările din a doua categorie generează dificultăţi de durată, atât la nivelul achiziţiilor

lingvistice, cât şi la cel cognitiv, cu repercusiuni negative în adaptarea şcolară şi socială.

Estienne (1989, pg. 378) afirmă că: "este bine să păstrăm această distincţie deoarece ea ilustrează cele două sindroame la polii extremi ai unei patologii în interiorul căreia se regăsesc foarte multe forme clinice pe care le întâlnim în practica curentă. Totuşi, nu putem avea deplină încredere în această departajare, deoarece gradul de gravitate a tulburărilor nu apare din capul locului, şi înainte de 6-7 ani este greu să ne dăm seama dacă avem de-a face cu o simplă întârziere (copil care vorbeşte târziu) sau cu un limbaj care se elaborează prost (copil care vorbeşte prost)."

În clasificarea tulburărilor de limbaj adoptată de noi, în primul volum al Tratatului, realizată după mai multe criterii (simptomatologic, etiologic, lingvistic, logopedic etc.) am inclus alalia în categoria tulburărilor polimorfe, iar retardul verbal şi disfazia, în categoria tulburărilor de dezvoltare a limbajului. Considerăm că un astfel de demers exprimă cu mai multă rigoare teoretică şi practică, conţinutul şi impactul acestor tulburări asupra evoluţiei psihice generale a subiectului şi a vieţii sale de relaţie, fără a exclude aprecierea posibilă a gradului de simplitate sau severitate.

Trebuie să precizăm şi faptul că practica ne-a demonstrat că este dificil să marcăm cu precizie diferenţele dintre formele grave faţă de cele simple ale acestor tulburări de limbaj, deoarece nu se poate spune unde sfârşeşte o formă şi unde începe alta. Şi mai dificil este să prognozăm evoluţia ulterioară a limbajului, mai cu seamă înaintea scurgerii unei perioade de timp, în care activitatea logopedică să-şi demonstreze eficienţa sau ineficienţa şi apoi să o raportăm la nivelul achiziţiilor din planul cognitiv. Opinii similare exprimă şi alţi autori, precum Lapierre şi Aucouturier (1975), Chassagny (1977), Haley (1979), care neagă necesitatea evaluării prin orice diagnoză şi respectiv, clasificare, deoarece nici o tulburare de limbaj nu există în sine, ci se produce în urma contactului social al individului. În acest context, autorii respectivi sunt de părere că a analiza cu profunzimea necesară problema socială, poate duce la „cristalizarea şi cronicizarea ei " (Haley), iar centrarea excesivă pe un simptom determină fixarea acestuia şi în loc să contribuim la ştergerea lui, dimpotrivă, facilităm întreţinerea acestuia pe mai departe.

În disputa dintre cele două curente, este greu să te plasezi, precis, pe unul sau pe altul. Nu poţi renunţa la analiza simptomelor şi la ierarhizarea lor şi la încadrarea lor în unităţi categoriale, aşa cum

poţi fi de acord că orice clasificare produsă, pe baza unei evaluări fără instrumente riguroase şi prin adoptarea unor criterii care se limitează la decelarea unor elemente ce ţin de calificativul extinderii sau comprimării tulburării nu este benefică nici subiectului şi nici specialistului. Şi într-un caz şi în altul, trebuie să ne concentrăm pe acel conţinut care serveşte la găsirea mijloacelor de intervenţie recuperativă pentru a da o eficienţă cât mai mare activităţii logopedice.

Acestea sunt alte motive pentru care noi operăm, aşa cum am subliniat mai sus, cu diferite categorii de tulburări de limbaj, iar în interiorul fiecărei categorii, desprindem formele specifice, rezultate în urma unei evaluări riguroase, bazate pe criterii precise.

2. *Diagnostic diferenţial în relaţia retard verbal, disfazie şi alalie*

Noi am mai vorbit, într-un capitol anterior, despre diagnosticul diferenţial dintre retardul verbal şi disfazie, în care am avut prilejul să delimităm şi să evaluăm cele două tulburări de limbaj, raportate la o serie de condiţii specifice în care ele se manifestă. Ne rămâne acum să facem unele precizări, din perspectiva triadei retard verbal, disfazie şi alalie. Lucrurile par simple, dar în realitate, sunt în situaţia de a rămâne, în unele privinţe, la nivelul de ipoteze, deoarece studiile recente, menţionate în literatura de specialitate, nu exprimă un acord echivoc sau chiar se contrazic în chestiuni de principiu şi mai cu seamă în abordarea etiopatogenetică a acestor tulburări. Din această perspectivă, se pot remarca diferenţe interpretative între şcoala franceză şi autorii de limbă germană, ori cei de limbă engleză. Totuşi, sunt unele puncte comune, la care facem referiri în acest subcapitol.

Retardul verbal se poate manifesta de sine stătător, sub formă relativ uşoară şi care exprimă o întârziere în achiziţia structurilor verbale, în raport cu nivelul normal al vârstei cronologice. Astfel, un copil cu retard verbal nu reuşeşte, până în jurul vârstei de 6 ani, să-şi dezvolte un ritm lingvistic adecvat comunicării şi înţelegerii, limitându-se la un vocabular sărac, adeseori cu exprimări prin cuvinte simple, mono şi bisilabice, nu poate lega cuvintele, are dificultăţi de pronunţie, dificultăţi de înţelegere şi de asimilare a noţiunilor abstracte. La un asemenea copil se manifestă şi o întârziere în apariţia primelor cuvinte, de circa 6-12 luni, faţă de copilul normal, iar decalajul în construcţia propoziţiilor simple este chiar mai mare ca şi cel legat de capacitatea de articulare corectă, ceea ce imprimă vorbirii un şi mai pronunţat caracter de infantilism. Deşi înţelegerea este deficitară, ea nu este atât de afectată ca exprimarea. Dificultăţile de înţelegere sunt legate, mai mult, de sistemul lingvistic restrâns, suplinit, în comunicare, de unele mijloace extralingvistice, dar care îi permit, totuşi, o adaptare la cerinţele celor din jur.

Aceste manifestări din planul comunicaţional sunt însoţite şi de unele întârzieri în dezvoltarea motricităţii grosiere, dar mai ales a celei fine. Mişcările sunt slab coordonate şi imprecise, iar la nivelul aparatului fonator apar frecvent desincronizări între elementele care participă în pronunţie, accentuând dificultăţile de emitere. Scrisul şi desenul se desfăşoară prin mişcări rigide, ceea ce le dă un aspect tremurat şi o proastă organizare în spaţiul paginii. Adeseori, stângăciile din scris şi din desen sunt accentuate şi de o lateralitate manuală imprecis fixată, de unde şi dificultăţi de percepere corectă a schemei corporale. Toate acestea îl irită pe copil şi îi creează un disconfort afectiv care, prin persistenţa în timp, poate duce la instalarea unor tulburări pe acest plan. De remarcat că aici este un cerc vicios întrucât, la rândul lor, tulburările afective influenţează negativ fenomenul de integrare şi de organizare a mişcărilor.

Dacă întârzierea de limbaj este „simplă", se poate evalua, după unii autori (Launay, Estienne) prin observarea că aceasta dispare odată cu intrarea copilului în şcoală, astfel că el va avea o evoluţie normală. Dar sunt exprimate şi unele rezerve în legătură cu achiziţiile generale din planul psihic, pentru că poartă încă, pentru începutul şcolarităţii, amprenta lacunelor rămase din perioada preşcolară. Totuşi, dacă influenţele educaţionale curg normal, dificultăţile de început dispar treptat şi copilul înregistrează o evoluţie bună. ***Această evoluţie progresivă în planul lingvistic şi al achiziţiilor de la nivelul cogniţiei, odată cu intrarea copilului în şcoală constituie unul din indicatorii majori ce permit departajarea retardului verbal de disfazie şi alalie, astfel încât diagnoza diferenţială câştigă în precizie şi în rigoare ştiinţifică.***

O relaţie directă poate fi stabilită între retardul verbal şi **mutismul electiv**, denumit şi **mutism psihogen** sau **mutism voluntar**. Într-o astfel de formă de mutism, subiectul are posibilitatea să vorbească, dar refuză să o facă, pe o durată de timp mai lungă sau

mai scurtă. Refuzul de a vorbi apare ca o reacție negativă la unele situații sau de apărare față de factorii psihostresanți sau nevrotici trăiți la nivelul unei intensități maxime și pe care subiectul nu-i poate depăși pentru că nu are resursele necesare de adaptare. Asemenea situații sunt provocate de stresurile psihice, un mediu de viață nefavorabil dezvoltării; lipsa unui confort afectiv, adoptarea unei atitudini indiferente și neglijente sau, dimpotrivă, a unei atitudini supraprotectoare față de copil, îndepărtarea copilului de suportul afectiv al părinților, exprimarea brutală a unor dezaprobări față de unele comportamente ale copilului de către colectivitatea din grădiniță, școală etc. La acești factori de ordin psihic se mai pot adăuga și factori somatici, cum ar fi prezența unor boli, a unor deficiențe fizice care prelungesc starea de tensiune. Toți acești factori acționează pe un fond vulnerabil și al unei sensibilități exacerbate a subiectului.

Vârstele cele mai afectate de mutismul electiv sunt cele ale copilăriei preșcolare, a școlarității mici și a pubertății, dar nu sunt excluse și alte vârste, inclusiv la cele adulte. În aceste momente se produce o întrerupere a comunicării verbale și ca efect, o stagnare sau chiar o involuție în dezvoltarea limbajului ca urmare a neexersării sale. Dificultățile mai accentuate se produc la nivelul vocabularului și a dezvoltării abilităților de frazare. Cu cât refuzul de a vorbi se prelungește mai mult, cu atât se simte o întârziere mai mare în limbaj. Pe lângă afectarea limbajului, în mutismul electiv are loc și o stagnare în achiziția cunoștințelor și o creștere a dificultăților de învățare și relaționare cu cei din jur. Treptat, caracteristicile retardului verbal devin tot mai evidente și subiectul le poate conștientiza și apoi trăi ca momente de frustrație și anxietate, prelungind ocazional mutismul.

Raportat la persoane, mutismul poate fi **total**, în sensul că subiectul refuză să vorbească cu toți cei din jur, sau poate fi **selectiv**, când vorbește doar cu unele persoane, în timp ce cu altele, nu numai că refuză să vorbească, dar face și efortul de a le nega prezența prin nemanifestarea unei anumite atitudini sau a intersectării pe unele acțiuni și comportamente. Mutismul electiv se poate manifesta și la situații când unele din acestea pot să-i reactualizeze subiectului experiențe negative, de eșec și lipsă de confort psihic, astfel încât își activează mecanismele de apărare prin evitarea lor. Și într-un caz și în altul, mutismul poate dura mai mult sau mai puțin, de la zile, săptămâni, la ani de zile, marcând, astfel, evoluția normală a subiectului și adaptarea la mediu.

Cum componenta psihologică este determinantă în producerea mutismului electiv, se poate deduce că prevenirea și înlăturarea acestuia trebuie să se realizeze tot printr-o intervenție din această perspectivă: crearea unui climat favorabil dezvoltării subiectului, înlăturarea situațiilor stresante (inclusiv schimbarea terenului sau a colectivului ce l-a generat), schimbarea atitudinilor față de subiect, evitarea cu desăvârșire a sancțiunilor verbale sau de altă natură pentru refuzul de a vorbi, acordarea încrederii și a încurajărilor ș.a.

Și după înlăturarea mutismului electiv se mențin unele caracteristici ale sindromului de nedezvoltare a vorbirii, cum ar fi caracterul restrâns al vocabularului, folosirea unor propoziții stereotipe sau insuficient de elaborate, adoptarea unei sintaxe de tip infantil, prezența unor dificultăți de înțelegere în receptarea limbajului etc., dar care, cu timpul, tind să dispară și să facă loc unei dezvoltări normale și relaționare prin comunicare.

Disfazia are o serie de caracteristici prezente și în retardul verbal, dar, spre deosebire de acesta, ea se prelungește și după 6 ani, cu tulburări ale limbajului de o complexitate sporită. După școala franceză, disfazia este o tulburare funcțională a limbajului, fără un substrat lezional, în timp ce pentru unii autori germani, asemenea deficiențe ale limbajului se prezintă ca fiind asociate infirmității motorii cerebrale.

Pornind de la studiile lui Inhelder și colab. (1963), Ajuriaguerra (1965), Rigault și Guyot (1969-1970) și ale lui Beller (1973) Estienne (op. Cit., pg. 386) definește disfazia ca pe „un deficit de limbaj oral care se manifestă, în principal, începând cu vârsta de 6 ani, sub forma unei lipse de organizare a limbajului în evoluție și care se poate repercuta în limbajul scris sub forma unei dislexo-disgrafii, la subiecții care sunt, de altfel, normal dezvoltați, fără nici o insuficiență senzorială, motorie sau fonatorie, dar dotați cu o structură mentală deosebită, care ar împiedica ajungerea inteligenței la stadiul analitic".

Așadar, spre deosebire de întârzierea „simplă" de limbaj și care se recuperează printr-o dezvoltare ulterioară, în disfazie avem de-a face cu o structură de limbaj imperfect evoluată, ce nu se ridică la nivelul stadiului de normalitate și având efecte nefavorabile în planul personalității și al comportamentului.

După opinia lui Ajuriaguerra (1965), disfazia trebuie analizată prin raportarea simptomatologiei în trei paliere:

- palierul lingvistic;
- palierul organizării psihice;

- palierul organizării afective şi sociale.

În palierul lingvistic, se pot remarca următoarele caracteristici:

1. Organele de fonaţie sunt normale şi, ca atare, disfazicul nu manifestă tulburări de pronunţie, fiind capabil să emită sunetele limbii.
2. Disfazicul nu prezintă deficienţă auditivă, dar are dificultăţi de percepţie audio-verbală, ceea ce determină afectarea capacităţii de reproducere a mai multor silabe şi mai ales a propoziţiilor. Apare, de asemenea, o teamă de întreg şi dificultăţi de integrare, în serie, a cuvintelor şi propoziţiilor.
3. Înţelegerea limbajului de către disfazic este aproximativă, iar în cazul noţiunilor abstracte, înţelegerea este de-a dreptul deficitară şi se poate întinde cu mult după 6 ani. Lipsa de înţelegere a modelului logic al unei povestiri se manifestă prin dificultăţile ce le are în sinteza elementelor care stau la baza acesteia, de unde şi greutăţi în însuşirea cunoştinţelor vehiculate în şcoală.
4. În vorbirea spontană, folosesc un vocabular sărac, cu cuvinte ce au un înţeles ambiguu, apelând la perifraze. Sintaxa simplificată a unui copil disfazic de 8-9 ani este asemănătoare cu cea a unui copil normal de aproximativ 3 ani.
5. Ca urmare a organizării verbale şi a atitudinii copiilor disfazici, în comunicare se prezintă sub forma a două tipologii: pe de o parte, sunt cei care vorbesc rezervat, cu măsură şi folosesc fraze simple, dominate de enumerarea faptelor, iar pe de altă parte, sunt vorbăreţii, care utilizează fraze complexe, fără control, în ordinea cuvintelor, de unde şi o înţelegere redusă, manifestată faţă de o exprimare extinsă.

În palierul organizării psihice, domină dificultăţile de structurare spaţială, unele tulburări de ritm şi fluenţă, iar la o parte dintre disfazici, poate fi afectat uşor şi sistemul psihomotric.

În palierul organizării afective şi sociale, Ajuriaguerra a încercat să stabilească existenţa sau nonexistenţa unei corelaţii între deficienţele de limbaj, specifice dizartriei şi cele ce ţin de organizarea afectivă. Pe baza examinării unui lot de copii disfazici, s-a ajuns la împărţirea acestora pe trei grupe:

- copii care prezintă o organizare normală a personalităţii (27,5%);
- copii care prezintă o dizarmonie, cu evidente manifestări anxioase (37,5%);
- copii care prezintă o organizare nevrotică, cu elemente de psihopatologie a personalităţii (35%).

La acestea se adaugă dificultăţile de adaptare şcolară şi, mai cu seamă, cele legate de însuşirea citit-scrisului, ceea ce îl plasează pe copilul disfazic cu un decalaj semnificativ în raport cu cel normal, de aceeaşi vârstă cronologică. Dacă mai adăugăm la acestea şi celelalte dificultăţi enumerate mai sus, atunci putem spune că adaptarea socială a copilului disfazic constituie o problemă ce trebuie să stea în atenţia specialiştilor logopezi, psihologi, pedagogi şi medici.

Din punct de vedere al diagnosticului diferenţial, o evaluare complexă şi validă pentru a stabili departajările ce se impun în triada retard verbal, disfazie şi alalie, devine cu adevărat credibilă, dacă copilul este examinat şi dincolo de vârsta de 6 ani. Totuşi, trebuie să subliniem că specialistul cu experienţă poate aprecia, cel puţin, ipotetic, direcţia de evoluţie a copilului cu retard verbal încă din perioada preşcolară.

Alalia sau audimutitatea exprimă un deficit de limbaj mult mai grav şi mai extins decât în primele două tulburări. Comunicarea copilului se rezumă la folosirea mijloacelor extralingvistice, pentru că nu poate vorbi sau, în cazuri mai fericite, utilizează câteva cuvinte, de obicei monosilabice, ceea ce denotă o sintaxă simplificată. Deficitul de limbaj nu este determinat de o deficienţă auditivă şi nici de una intelectuală de tip oligofrenic, cu toate că se poate vorbi de unele întârzieri în planul intelectului, dar ele sunt un efect nemijlocit al lipsei comunicării verbale ce nu facilitează accesul la achiziţia informaţiilor. Dovadă este şi faptul că recuperarea cogniţiei se face în paralel cu achiziţia limbajului.

În literatura de specialitate, această deficienţă este înţeleasă ca tulburare severă în elaborarea limbajului (Launay, 1972) şi nu ca o afazie congenitală (Broadbend, 1954), pentru că alalia nu se supune regulilor surdităţii verbale şi nici a afaziei congenitale. (Ajuriaguerra, 1958). Ajuriaguerra şi colaboratorii au examinat un lot de 18 copii diagnosticaţi cu alalie şi au urmărit aspecte ce privesc limbajul exprimat şi limbajul de receptare auditivă, caracteristicile de structurare spaţio-temporale, caracteristici ale activităţii neurologice, motorii şi afective.

În acest lot, subiecţii au fost grupaţi în funcţie de simptomatologie, în două categorii:

- un grup de copii alalici cu dificultăţi în sfera praxică şi în sfera organizării temporale, dar fără tulburări de percepţie auditivă;

- un lot de copii alalici, care nu pot vorbi, din cauza unor tulburări majore din sfera de percepție a auzului.

La primul lot se remarcă o întârziere motorie accentuată, cu dificultăți de articulare și organizare a limbajului, cu efecte negative și în achiziția cititului și scrisului, dar totuși se manifestă o înțelegere relativ bună. La cel de-al doilea lot, care, în ciuda unei inteligențe și exprimări verbale ce se apropie de normalitate, subiecții se situează în limitele unei înțelegeri ce este afectată sever, dând impresia că prezintă surzenie electivă și un accentuat dezinteres pentru vorbire. Chiar dacă la unii copii există o pierdere ușoară a auzului, ea nu împiedică achiziția vorbirii, aceasta poate fi mai bine explicată prin tulburările centrale ale percepției.

Cercetătorii par să fie unanim de acord că diagnosticul diferențial, menit să departajeze retardul verbal, de disfazie și alalie este dificil de realizat înainte de 5-6 ani. Confuziile trebuie evitate nu numai la acest nivel, ci prin excluderea deficienței mentale, auditive și a psihozelor infantile care pot genera tulburări de limbaj asemănătoare celor din alalie. Referindu-se la capacitățile de înțelegere a vorbirii de către alalic, Trougolt ajunge la concluzia că la categoria la care predomină tulburările motorii, înțelegerea vorbirii este în 10% tulburată, în 20% scăzută și în 70% normală, ceea ce înseamnă că, prin dezvoltarea verbală există posibilitatea recuperării deficitului din acest sector.

Atât în disfazie, cât mai ales în alalie, se poate aprecia ca trăsătură specifică deficitul simptomelor de limbaj și comunicare ce este extrem de sever (sau grav) și, ca urmare, împiedică achiziția limbajului și determină persistența limitării în dezvoltarea normală a comunicării verbale. În ambele cazuri de disfazie și alalie, se produce o abatere de la dezvoltarea normală a limbajului, abatere evidentă sub raportul fonologiei și sintaxei, în timp ce în retardul verbal, simptomele sunt mai mult de ordin cantitativ, fapt ce le conferă o situație de generalitate și mai puțin de specificitate, permițând, astfel, o compensare și recuperare mai rapidă și cu un efort mai redus.

Simptomele caracteristice disfaziei și alaliei sunt extrem de diversificate și ele pot afecta atât exprimarea, cât și înțelegerea, iar în cazuri particulare și în cazuri mai puțin severe, numai unul din cele două aspecte este afectat, dar chiar și așa, au un impact negativ în relaționarea cu cei din jur. În realitate, gravitatea tulburării limbajului este dată de măsura afectării componentelor fonologice, sintactice,

semantice și pragmatice. Când aceste componente sunt afectate, mai mult sau mai puțin, se produc perturbări în dezvoltarea subiectului la nivel cognitiv, instrumental, psihomotor, afectiv și social. Din aceste motive, ne confruntăm cu o serie de consecințe ce marchează evoluția subiectului care nu pot fi rezolvate numai dintr-o perspectivă logopedică, ci și una psihologică și pedagogică, făcând dovada unei activități interdisciplinare, pentru a asigura o recuperare cât mai completă și cu valențe multiple.

3. *Factorii implicați în etiologie*

Dincolo de enumerarea unor factori implicați în etiologia celor trei tulburări, rămân încă o serie de aspecte neelucidate, deoarece, gradul de implicare a acestora nu a putut fi încă demonstrată cu precizie pentru fiecare caz în parte, iar pe de altă parte, nu s-a putut dovedi ponderea și efectul pe care îl are fiecare factor în determinarea efectului de severitate a tulburării de limbaj. Un lucru este cert, și anume acela că, cu cât o tulburare este mai gravă, cu atât multicauzalitatea este mai evidentă. De aici și exprimarea de opinii diferite cu privire la ponderea și implicarea factorilor respectivi, pe care specialiștii i-au constatat la grupuri de subiecți mai mult sau mai puțin restrânse. Pe de altă parte, există o serie de factori cu care, așa cum subliniază Estienne, majoritatea specialiștilor cred că joacă un rol major în producerea tulburărilor de limbaj de tipul celor analizate în acest capitol și pot fi făcuți răspunzători, în proporții diferite, de toate cele trei tulburări. Astfel:

a. **Factorii ereditari și constituționali**, care semnifică existența unei situații genetice fragile sau a unei fragilizări precoce, dobândite de pe urma unor boli infantile sau din antecedentele familiale, în care au fost remarcate dificultăți în achiziția limbajului (Debray, 1978) ca și de transmitere a unor tendințe specifice ori „condiționarea copilului într-o atmosferă educativă" (Aimard, 1972).Tot aici pot fi încadrați copiii sănătoși, dar cu antecedente în elaborarea limbajului și antecedente patologice ca urmare a unei disfuncții sau atingeri cerebrale, cum sunt prematurii, imaturii,

hiperactivii, cei cu traumatisme craniene, cu întârzieri motorii severe etc.

b. **Factorii de mediu lingvistic şi socio-culturali** ce privesc condiţiile favorabile sau nefavorabile, în care are loc formarea şi dezvoltarea achiziţiilor verbale Modelul lingvistic se reflectă în evoluţia generală a limbajului şi în structurile verbale utilizate în comunicare. Se cunosc şi se aduc, frecvent, în discuţie diferenţele din planul lingvistic dintre copii crescuţi într-un mediu familial favorabil şi cei proveniţi dintr-un mediu defavorabil, ostil, nestimulativ, fără modele care să asigure o prezenţă permanentă (vezi copiii instituţionalizaţi).

c. **Factorii inaptitudinii lingvistice** sunt evocaţi în mod direct de către Launay şi Borel-Maisonny (1972) şi se referă la prezenţa unei inaptitudini congenitale în care se înscrie şi lipsa de talent în învăţarea şi elaborarea structurilor lingvistice. Problema care se pune este cât aparţine această inaptitudine congenitalului şi cât este ea generată de condiţiile de mediu socio-cultural şi familial.

d. **Factorii afectivi şi adaptativi.** Deşi aceşti factori sunt frecvent evocaţi în etiologie, ei sunt şi mai greu de precizat sub raportul ponderii şi al efectelor ce o au în fiecare tulburare de limbaj. Argumentele care sunt vehiculate se bazează mai mult pe un aspect general, şi anume al dependenţei exagerate a copilului de adult şi, mai ales de mamă, ceea ce nu-i va permite adoptarea unui grad de autonomie în însuşirea limbajului ci, dimpotrivă, o rămânere la nivelul preverbal de comunicare , iar atunci când relaţiile dintre copil şi adult sunt reci si respingătoare, determină un deficit afectiv ce nu facilitează o bună organizare mentală în elaborarea limbajului. Totuşi, tulburările de afectivitate nu pot fi lăsate în afara dezordinilor posibile de la nivelul limbajului şi al adaptării relaţionale cu cei din jur.

Dar nu trebuie neglijat şi faptul că o comunicare verbală defectuoasă a copilului cu cei din jur produce efecte tensionale, de frustraţie, de agitaţie, de teamă, de inhibiţie şi de negativism etc., care pot perturba şi mai mult viaţa afectivă astfel încât dificultăţile de adaptare devin tot mai acute.

Ca atare, factorii descrişi mai sus sunt prezenţi atât în etiologia retardului verbal, cât şi în cea a disfaziei şi alaliei. Pentru disfazie, specific este şi faptul că deşi nu există un deficit de auz, apar tulburări de percepţie centrale audio-motrice, ceea ce determină o structurare patologică a înţelegerii limbajului (cu afectarea laturii gnozice) şi a receptării exprimării (ca tulburare praxică), iar pentru alalie, unii autori (Hécaen, Angerlergues) invocă prezenţa unei leziuni cerebrale sau a unei predispoziţii de tip constituţional, dar nici una sau alta, nu au putut fi demonstrate concret.

Pentru alalie, în literatura de specialitate, sunt vehiculaţi şi alţi factori etiologici cărora le putem da crezare atâta timp cât nu dispunem de fapte care să-i anuleze. În acest context, prezentăm, în mod schematic, date după următorii autori:

Arnold (1959) – cauze:

- idiotipice:
- imbold deficitar de vorbire;
- capacitate redusă de imitare;
- ereditatea se constată la 25-50% din cazuri, din care de două ori mai multe provin pe linie paternă.
- paratipice:
- traume din timpul naşterii, care provoacă sângerări în regiunea centrală a vorbirii;
- boli grave repetate: TBC, encefalită, variolă (30% din cazuri rahitism, după Fröschels, 50%);
- metode greşite de educaţie şi o slabă solicitare.

Barendes (1962) – cauze:

- interne:
- slaba dezvoltare a auzului;
- lipsa imboldului de vorbire;
- întârziere în dezvoltarea auzului;
- lipsa imboldului în vorbire;
- întârziere în dezvoltarea motorie;
- traumatisme în timpul naşterii.
- externe:
- măsuri greşite în educaţie;
- boli grave în primii 3 ani de viaţă, care determină o frânare a dezvoltării corporale generale.

Hvaţţev (1961) – cauze:

- insuficienţa dezvoltării sistemelor cerebrale;
- deficienţe ale dezvoltării auzului fonematic;
- deficienţe ale percepţiei spaţiale care îngreunează imitarea vizuală a articulaţiilor sunetelor şi cuvintelor;
- dificultăţi de generalizare şi abstractizare;

- insuficiența activității psihice – voință slabă și emotivitate scăzută.

Verza (1969) – cauze:

- generale:
- alcoolismul părinților din perioada de concepere;
- rudenia de sânge a părinților;
- sifilisul și tuberculoza părinților;
- rahitismul.
- psihice:
- lipsa imboldului în vorbire;
- teama și timiditatea bolnăvicioasă;
- tonus psihic scăzut;
- nedezvoltarea memoriei mișcărilor.
- motorii:
- întârzierea dezvoltării motorii;
- repulsia pentru mișcări;
- deficiențe de localizare spațio-temporale și a schemei corporale.

Această etiologie prezentată de noi are la bază analiza factorilor nocivi ce au putut fi puși în evidență la lotul de subiecți care au făcut obiectul intervențiilor terapeutice și care vor fi descrișii în subcapitolul următor.

4. *Conceptualizare, clasificare și metodă recuperativă în alalie*

Ca orice tulburare de vorbire, și alalia are implicații profunde asupra proceselor intelectuale și, în general, asupra întregii activități a subiectului, cât și asupra conduitei și relațiilor sale sociale, cu efecte negative în planul adaptării și profesionalizării.

Alalia face parte din tulburările de vorbire grave care exercită influențe ce afectează componentele dezvoltării personalității.

Faptul că la alalic se manifestă o incapacitate de comunicare verbală, atât la nivelul exprimării, cât și la cel al înțelegerii vorbirii se

creează un teren nefavorabil pentru achizițiile în planul dezvoltării psihice și al adaptării sociale a subiectului.

Termenul de „alalie" a fost introdus pentru prima dată în știință la Lordat, în anul 1843, și a fost înlocuit prin cel de afazie de către Trousseau (Piéron, 1957). Ulterior, s-a făcut o netă delimitare între afazie și alalie, dar ultimul termen a fost deseori înlocuit prin cei de: alalie prelungită, mutism fiziologic prelungit, afazie congenitală, întârziere înnăscută a vorbirii (Arnold), audimutitate (Berendes), dezvoltarea întârziată pe bază constituțională a vorbirii, mutitatea auzitorilor, mutitatea idiopatică (Seeman) etc., prin care majoritatea autorilor înțeleg, în ultimă analiză, același lucru. Potrivit concepției acestor autori, factorul comun este acela că alalia este o deficiență gravă de vorbire, caracterizată prin absența limbajului, ca urmare a unei serii de condiții nocive, care acționează asupra zonei centrale a vorbirii, fără a afecta, însă, organele exterioare de recepție a semnelor verbale.

Aici este necesar să subliniem ideea unor autori (Luchsinger și Arnold, 1959), potrivit căreia se poate vorbi de alalie numai după împlinirea vârstei de 3 ani, iar după alții, chiar după 5 ani. Copilul care nu vorbește până la aceste vârste, rămâne în limitele diagnosticului de întârziere în dezvoltarea vorbirii.

Din aceste considerente, vom încerca, în cele ce urmează, să scoatem în evidență o serie de caracteristici ale limbajului copilului alalic, cât și unele manifestări ale simptomatologiei generale ale alalicului. La baza acestor considerații, stă activitatea logopedică desfășurată de noi, (Verza, 1969), în scopul educării unor copii alalici, pe parcursul a doi ani și jumătate. Astfel, ne vom referi, în special, la unele probleme ale dezvoltării limbajului, observate în timpul activităților de reabilitare a vorbirii, la unsprezece copii alalici, având vârste între 3 și 12 ani, din care trei fete și opt băieți. Din aceștia, trei alalici proveneau din mediul rural. La toți acești copii, organele fonatorii periferice și dezvoltarea fizică erau normale; ei nu sufereau de altă boală. Din punct de vedere psihologic, conduita prezenta o serie de particularități legate de incapacitatea de a stabili relații verbale.

Copiii au fost normali – de altfel, nu încadrăm în categoria alalicilor pe acei copii care prezintă deficiență mintală sau senzorial-auditivă, iar înțelegerea vorbirii a corespuns, în linii mari, vârstei lor. Afirmația că înțelegerea vorbirii corespundea cu aproximație vârstei

lor, se justifică prin lipsa unui vocabular care să facă accesibilă informația și să faciliteze înțelegerea limbajului.

Este de remarcat că toți alalicii prezentau o întârziere mintală secundară deficitului de limbaj, dar așa cum subliniam mai sus, ea este diferită de cea a debilului mintal sau a oligofrenului și se bazează pe lipsa comunicării verbale.

Cauzele care au determinat alalia acestor copii sunt complexe și greu de elucidat. De altfel, așa cum am văzut, chiar în literatura de specialitate sunt insuficient demonstrate. Unii cercetători, ca Hvațțev (1961) și Leapedevski (1961) scot în evidență nedezvoltarea mecanismelor centrale ale vorbirii sau lezarea lor, în timp ce Arnold (1959) pune accentul pe transmiterea ereditară a structurilor care stau la baza unor deficiențe psihice, iar Berendes (1962), pe carențele educative.

Copiii cu care s-a lucrat au fost încadrați în una din cele trei forme de mai jos:

Alalie motorie, când alalicul înțelege sensul cuvintelor și îl reține, dar nu le poate pronunța independent și nici imita. El poate executa ordine verbale și arată, la cerere, obiectele denumite. Nu emite decât sunete nearticulate sau pronunță foarte puține cuvinte simple mono și bisilabice, pe care frecvent le deformează. Forma aceasta se aseamănă, într-o anumită măsură, din punct de vedere clinic, cu afazia motorie a adulților, fiind și cea mai des întâlnită.

Alalia senzorială se caracterizează, dimpotrivă, prin aceea că alalicul nu înțelege sensul cuvintelor, deși le poate repeta uneori deformate (ecolalic). Acești alalici aud bine, dar nu înțeleg și deci nu execută ordine verbale. Uneori, au dificultăți și de percepție a direcției sunetelor. Copiii cu alalie senzorială se comportă, oarecum, ca adulții cu afazie senzorială.

Alalia senzorio-motorie reprezintă combinarea formei motorii și a celei senzoriale a alaliei. Copiii cu acest fel de alalie pot pronunța câteva silabe cu sens sau chiar câteva cuvinte izolate, dar sunt incapabili să înțeleagă chiar cele mai simple propoziții.

Pentru diagnosticarea alaliei, am ținut seama de cele trei forme clasice, precum și de părerea lui Liebmann că mai există o formă de alalie de tranziție care face trecerea de la alalie la dislalia gravă, ca și de părerea lui Seeman (1962) și Nadoleczny potrivit căreia din clasificare trebuie exclusă alalia senzorială, deoarece cazurile cu asemenea diagnostic n-au fost suficient confirmate din punct de vedere clinic, iar alteori, pot fi confundate cu agnozia acustică. Astfel, șapte dintre cazurile noastre au fost diagnosticate cu alalie motorie, trei cu alalie senzo-motorie și un caz cu alalie de graniță, între cea senzorială și senzo-motorie.

În activitatea desfășurată cu copiii alalici a fost necesar să se parcurgă câteva etape. În primul rând este vorba de precizarea diagnosticului diferențial. Pentru aceasta, s-a procedat la o examinare complexă a copilului, în care examenul O.R.L. (audiograma) examenul neuropsihologic, ca și cel pediatric au completat examenul logopedic. Pentru logopedie, examenul psihologic este de mare importanță, deoarece stabilirea de la început a nivelului mintal este absolut indispensabil.

Această importanță pe care o acordăm diagnosticului diferențial este justificată dacă se are în vedere că pe baza lui se stabilesc mijloacele educative adecvate, metodele și procedeele pentru dezvoltarea vorbirii copilului alalic, a mijloacelor generale și particulare psihoterapeutice.

Dificultățile stabilirii judicioase a diagnosticului alalicului provin din aceea că manifestările alaliei pot fi confundate ușor cu vorbirea copiilor oligofreni, a surdo-muților, a celor care suferă de mutism electiv și a dizartricilor.

Ținând seama de toate acestea, nu am reușit, în majoritatea cazurilor, să precizăm diagnosticul de alalie decât după două-trei ședințe de lucru cu copilul.

În vederea dezvoltării vorbirii și gândirii copiilor alalici am folosit două metode de bază și am utilizat, totodată, o serie de procedee auxiliare. La majoritatea copiilor alalici am început cu pronunțarea unor cuvinte cât mai simple ca o formă acustică și cu un sens potrivit capacităților lor de înțelegere. Așadar, pornind de la folosirea unor cuvinte mono și bisilabice ușor de pronunțat, pe măsura însușirii lor de către copil, am trecut la cuvinte mai grele și cu o semnificație mai generală. După ce copilul a acumulat o serie de cuvinte, am trecut la formarea de propoziții fără să așteptăm ca el să stăpânească toate cuvintele uzuale potrivite vârstei lui. Dar aceasta nu înseamnă că am neglijat introducerea de noi cuvinte ori de câte ori s-a ivit ocazia în vocabularul activ al copilului.

Ca procedeu ajutător, am folosit imagini ale obiectelor denumite, mulaje (acolo unde a fost posibil) și chiar obiectele și ființele ale căror denumiri trebuiau învățate. Alteori, în funcție de vârstă, obținem pronunția unor cuvinte noi în timpul activității de joc a copilului.

A doua metodă avea în vedere pe acei copii care nu puteau pronunța deloc cuvinte și care întâmpinau greutăți mari în articularea corectă a sunetelor. Acest procedeu se baza pe emiterea vocalelor și consoanelor independente, începând cu cele mai facile ca pronunție, pe care le combina după învățarea lor, în cuvinte mai grele, în funcție de posibilitățile copilului. Ulterior, treceam la formare de propoziții după procedeul descris mai sus.

Această ultimă metodă, a pornirii de la sunete ne-a fost sugerată de faptul că unii copii aveau mari dificultăți articulatorii și nu puteau pronunța nici cele mai simple foneme, ceea ce ne-a făcut să corectăm sunetele deficitare, așa cum se procedează în cazurile obișnuite de dislalie. Metoda are avantajul că obținând mai ușor și mai rapid sunetele, decât cuvintele, copilul câștigă încredere în propriile sale posibilități.

Dar, în majoritatea cazurilor, dezvoltarea vorbirii alalicilor s-a bazat pe metoda globală a învățării cuvintelor. În toate cazurile s-a respectat procedeul de asociere a cuvântului cu obiectul, ulterior cu imaginea obiectului și cu articularea vizuală, iar în unele cazuri, cu cuvântul scris.

Având în vedere că pentru alalici este caracteristică rigiditatea sau lipsa de mobilitate a aparatului verbo-motor, înainte sau în timpul dezvoltării vorbirii, am indicat exerciții pentru îmbunătățirea motilității buzelor, a limbii și chiar exerciții de gimnastică medicală, în scopul grăbirii maturizării neuromotorii.

În procesul educării alalicului se urmărea nu numai dezvoltarea vorbirii copilului, ci și a gândirii sale. În acest scop, am căutat să stabilim cât mai multe relații între obiectele denumite, folosind treptat cuvinte din ce în ce mai abstracte și mai generale.

Am arătat mai sus că în stabilirea procedeului pentru înlăturarea alaliei, am avut în vedere posibilitățile copilului de a pronunța unele sunete izolate sau cuvinte izolate. Pe lângă acestea, nu am pierdut nici un moment din vedere vârsta și particularitățile psiho-individuale ale copilului alalic. Personalitatea alalicului trebuie menajată și ferită pe cât posibil, de unele neplăceri provocate de dificultățile care se ivesc în timpul educării limbajului. Pentru acestea, pe lângă metodele și procedeele propriu-zise de educare a alaliei, l-am încurajat și stimulat pe copil și familia sa.

Pentru analiză, prezentăm două cazuri:

N.M. – fetiță în vârstă de 12 ani cu diagnosticul de alalie motorie. La luarea în activitate a pronunțat: mama, tata, papa, apa, și unele sunete și silabe. Normală din punct de vedere somatic și psihic.

Deoarece putea pronunța unele sunete și silabe izolate, noi am început cu cuvinte cât mai uzuale și ușor de pronunțat, asociindu-le cu imaginea cuvântului denumit. Scoțând în evidență unele caracteristici, introducem, treptat, noi cuvinte în vocabular. Cuvintele erau complicate pe măsura creșterii posibilităților copilului. Altă dată, se prezentau imagini, solicitând copilului să le denumească.

Ținând seama de vârstă, învățau, în scurt timp, scrierea și cititul după „Abecedar". Pentru ușurare, se decupau literele.

În scris și citit, se foloseau cuvintele învățate. Am trecut spoi la formarea de propoziții cât mai scurte, pentru început.

Cazul D.C. – băiat în vârstă de 11 ani și 5 luni, cu diagnosticul de alalie motorie. La luarea în tratament pronunța foarte puține sunete pe care nu le putea uni în cuvânt.

Normal din punct de vedere psihic și somatic.

S-a lucrat cu acest copil un an și 8 luni.

În aceste condiții, am început cu învățarea sunetelor izolate, de la cele mai ușoare, ca pronunție, după metoda folosită în corectarea dislaliei.

După însușirea majorității sunetelor, am trecut la unirea în cuvinte mono și bisilabice. Apoi, am procedat ca în cazul de mai sus. Ulterior, urmează școala de masă cu rezultate satisfăcătoare la învățătură.

Ambii copii prezentau o rigiditate a buzelor și a feței, iar gesturile lor erau de multe ori inutile, mișcări supraadăugate, discordante; nu concordau, deci, cu vorbirea. Pentru înlăturarea rigidității, am efectuat cu ei miogimnastica buzelor, a limbii și a feței, recomandând și gimnastica medicală.

Trebuie arătat că primele două-trei ședințe au fost folosite pentru acomodare, deoarece acești copii erau timizi și negativiști. Pe parcursul ședințelor, am căutat, în permanență, să le ridicăm moralul și să le sporim încrederea în forțele proprii.

Pe parcursul activității, am avut în vedere contribuția importantă ce o poate avea familia și mai târziu, școala. Față de copilul alalic, familia trebuie să se poarte cu foarte mult tact, deoarece el își dă seama de incapacitatea sa și orice insistență exagerată pentru a-l face să vorbească îi agravează starea de disconfort psihic. Mai mult, familia și școala pot contribui activ la munca logopedică, prin

punerea în practică a indicațiilor date de logoped și prin solicitări pedagogice gradate față de copil, fără a-i subestima posibilitățile.

Important este să notăm atât caracteristicile esențiale ale vorbirii și gândirii copilului alalic, cât și progresul înregistrat ca urmare a ajutorului primit în timpul intervențiilor logopedice.

La începerea activității logopedice, unii dintre copiii cu care am lucrat puteau pronunța clar până la 4-5 cuvinte, iar alții nu puteau pronunța nici un cuvânt.

Ceea ce caracteriza puținele cuvinte din vocabularul alalicului era faptul că ele funcționau legate în mod nemijlocit de obiectul sau fenomenul denumit, cuvântul neputând fi înțeles în afara semnificației sale situative. Pe lângă cele 4-5 cuvinte, în vocabularul copiilor cu care s-a lucrat se mai observau și câteva imitații sonore sau sunete și silabe gângurite, unele din ele create ad-hoc și pe care numai ei le înțelegeau și, uneori, membrii familiei. Structura vorbirii copiilor alalici de zece-doisprezece ani, care nu beneficiază de un tratament logopedic, era atât de simplificată, încât nu se deosebea prea mult de primele stadii de dezvoltare a limbajului infantil (vezi tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

Nr. crt.	Numele copilului	Vârsta în ani	Situația vocabularului la începerea muncii logopedice							
			Substantive	Verbe	Adverbe	Adjective	Pronume	Numerale	Conjuncții și propoziții	Alte părți ale vorbirii
1	S.D.	7,5	3	2	-	1	-	-	1	-
2	N.F.	3,7	-	3	-	-	-	-	2	-
3	C.S.	4	4	2	-	2	1	-	-	-
4	F.M.	5,7	-	-	-	-	-	-	-	2
5	N.M.	12	4	-	-	-	-	-	1	-
6	D.C.	11,5	-	-	-	-	-	-	-	2
7	C.G.	10	7	-	-	-	-	-	1	-
8	M.M.	3	1	-	-	-	1	-	-	-
9	I.G.	6,3	-	-	-	-	-	-	-	1
10	E.V.	8,5	2	1	-	1	-	-	2	-
11	V.D.	7	1	1	-	-	1	-	1	-

Chiar și atunci când puteau pronunța
copiii alalici nu le puteau uni în cuvânt – această
după ce ei și-au însușit unele cuvinte și propoziții.
întâmpină greutăți mari la pronunțarea sunetelor care
sincronizare deosebită a elementelor aparatului fonator și dis
nu a putut fi corectată decât după ce și-au însușit în bună pa
vorbirea.

Tabelul nr.2

Nr. crt.	Numele copilului	Vârsta în ani	Situația vocabularului după trei luni de muncă logopedică							
			Substantive	Verbe	Adverbe	Adjective	Pronume	Numerale	Conjuncții și propoziții	Alte părți ale vorbirii
1	S.D.	7,8	30	4	2	2	1	10	3	-
2	N.F.	4	19	4	1	-	-	-	3	-
3	C.S.	4,3	12	2	1	3	3	10	1	-
4	F.M.	6	6	3	2	1	2	1	1	2
5	N.M.	12,3	25	-	3	2	3	-	1	-
6	D.C.	11,8	21	1	1	1	-	5	1	3
7	C.G.	10,3	21	3	2	1	1	-	1	-
8	M.M.	3,3	10	1	2	2	1	-	-	-
9	I.G.	6,6	10	1	1	1	2	-	-	2
10	E.V.	8,8	35	5	3	2	3	12	3	-
11	V.D.	7,3	13	2	2	2	1	5	1	-

Progresul pe care îl realizează copilul alalic în îmbogățirea vocabularului este evident chiar după primele luni de tratare logopedică (vezi tabelele 2 și 3). Trebuie subliniat că dezvoltarea se produce lent în prima perioadă a muncii logopedice, dar pe măsura însușirii primelor cuvinte, se constată un salt rapid în acumularea de noi cuvinte. Saltul nu se realizează numai pe linia cantității, dar și a calității, după primele acumulări realizate de către alalic, în sensul că el începe să opereze cu noțiuni mai abstracte, compară și generalizează, enunțând judecăți cu o relativă valoare.

Tabelul nr. 3

Nr. crt.	Numele copilului	Vârsta în ani	Situația vocabularului după şase luni de muncă logopedică							
			Substantive	Verbe	Adverbe	Adjective	Pronume	Numerale	Conjuncții şi propoziții	Alte părți ale vorbirii
1	S.D.	8,1	62	12	5	4	4	25	3	3
2	N.F.	4,3	36	9	3	3	5	10	3	-
3	C.S.	4,6	31	7	3	4	6	30	2	-
4	F.M.	6,3	15	11	2	2	6	15	2	2
5	N.M.	12,6	59	3	4	4	5	10	1	-
6	D.C.	12,1	67	6	3	3	3	20	-	3
7	C.G.	10,6	72	9	4	2	4	15	2	-
8	M.M.	3,6	33	5	2	3	5	10	-	-
9	I.G.	6,9	30	6	2	3	4	10	1	2
10	E.V.	9,1	69	8	4	3	5	30	3	-
11	V.D.	7,6	35	4	2	3	3	20	2	-

După însuşirea limbajului verbal, au mai persistat omisiunile de conjuncții şi prepoziții, agramatismul şi folosirea stereotipă a unor cuvinte mai bine stăpânite.

În unele cazuri, s-au mai menținut deformări ale cuvintelor prin omiterea silabelor şi a sunetelor finale, de exemplu: bal în loc de balon, pal în loc de palmă; alteori, erau însă omise silabele inițiale: şină în loc de maşină, Eta în loc de Margareta, fonul în loc de telefonul. În sfârşit, deformarea cuvintelor era, în unele cazuri, determinată de adaosul unor sunete, ceea ce făcea ca numărul de silabe şi foneme ale cuvintelor să se mărească: degetenele, în loc de degetele, pantul în loc de patul.

Pronunțarea corectă nu se obține la copiii alalici dintr-odată, ci pe baza unor exersări şi odată cu însuşirea vorbirii narative (povestirea, descrierea) care începe cu întrebările puse copilului ce solicită un răspuns mai complex.

Copiii alalici din lotul nostru, care au învățat să scrie, prezentau în scrisul lor omisiuni de litere şi de silabe, dar atât disgrafia, cât şi dislalia am corectat-o după metodele specifice acestora şi această corectare a progresat odată cu dezvoltarea limbajului rostit.

Analiza şi sinteza deficitară a cuvântului au îngreunat citirea copilului alalic şi, în general, au rămas mult în urma dezvoltării vorbirii. Am constatat că atât în învățarea citirii, cât şi a scrisului, copilul alalic întâmpină greutăți, neputând ține pasul, în aceste două activități, cu dezvoltarea vorbirii sale, chiar în cazul în care ele încep concomitent – aşa cum a fost cazul la noi.

Simptomatologia manifestată în afara funcției limbajului este, de aşemenea, bogată şi variată. La lotul nostru am constatat că la începutul activității logopedice copiii alalici se caracterizează prin lipsă de mobilitate, greutate în mişcări, dintre care unele sunt inutile şi necoordonate, deşi ei comunică mult cu ajutorul gesturilor.

Chiar gesticulația pe care o foloseşte, deseori, copilul alalic nu reuşeşte să redea ideile sale şi se execută cu multă rigiditate. Dar renunțarea la mimico-gesticulație se face, ca şi în cazul copilului surdo-mut în curs de demutizare, abia după ce cunoaşte bine denumirea obiectelor.

Descrierea pe care o face alaliei S. Borel-Maisonny vine să întregească tabloul alalici. Autoarea arată că, cu toată inteligența normală, alalicii prezintă tulburări de percepție, apreciază greşit sursele sonore, precum şi o întârziere şi o neîndemânare motorie.

O altă caracteristică a copiilor alalici este lipsa de atenție sau atenția lor deficitară. În general, atenția copiilor alalici poate fi îndreptată numai puțin timp asupra unei povestiri sau a unui tablou interesant. Neatenția copilului alalic se manifestă şi prin aceea că el nu „vede" detaliile sau schimbările survenite într-o cameră cu care a fost obişnuit, pe când un copil normal, de aceeaşi vârstă, le observă destul de uşor.

Datorită faptului că vocabularul copilului alalic este sărac şi că acesta nu poate denumi toate obiectele şi fenomenele observate, memoria şi gândirea sa rămân în urma dezvoltării memoriei şi gândirii copilului normal.

Înțelegerea deficitară a vorbirii celor din jur este determinată atât de persistența alalicului în înțelegerea concretă a semnificațiilor cuvintelor, cât şi de neputința sa de a deosebi sunetele, precum şi de confuzia acestora în cuvânt. Dar, pe măsura dezvoltării vocabularului, înțelegerea concret-intuitivă a cuvintelor face loc înțelegerii cuvintelor – noțiuni, cu semnificație mai abstractă, mai generală.

În încheiere, precizăm că învățarea vorbirii de către copiii alalici este încununată de succes, dacă logopedul dă dovadă de răbdare şi pricepere în muncă. În această activitate, un rol important îl

are începerea cât mai timpurie a educării vorbirii și gândirii copilului alalic, încă din grădiniță, unde, pe lângă munca logopedică desfășurată, educatoarea poate stimula activitatea verbală prin jocuri, povestiri, excursii etc.

Unii autori (Berendes, Hvattev, Arnold) recomandă amânarea școlarizării copiilor alalici cu un an sau doi. Credem că este mai util să se înființeze clase pregătitoare pentru alalici sau clase speciale înainte de intrarea lor în școala de masă, decât o amânare a școlarizării lor. Aceasta cu atât mai mult cu cât este știut că evoluția ulterioară a copiilor alalici depinde de viteza de recuperare a limbajului.

Așadar, terapia logopedică se bazează pe o intervenție de tip simptomatologic, prin care se urmărește reducerea dificultăților de comunicare verbală și formarea de deprinderi de utilizare a limbajului, consolidate printr-o învățare continuă a structurilor lingvistice. Demersul nostru a căpătat două tendințe:

1. de învățare a limbajului, pe principiul de la simplu la complex, când achizițiile verbale începeau cu emiterea sunetelor, a silabelor și, ulterior, a cuvintelor și propozițiilor, iar în interiorul acestora, inițial se învață sunete și silabe ușor de articulat, apoi cuvinte și propoziții cu o structură simplă, ce devenea din ce în ce mai complexă, pe măsura progreselor înregistrate de subiect.
2. de învățare a limbajului, prin adoptarea unei orientări mai generale și complexe, prin care se învățau noi cuvinte, bazate pe cele utilizate de subiect, concomitent cu formarea capacității de frazare, fără a omite corectarea dificultăților de pronunție apărute.

Și în primul caz și în al doilea, nu am exclus acțiunea de consiliere psihoterapeutică a familiei (a mamei, mai ales), pentru a obține un sprijin eficient în continuarea activității de stimulare a achizițiilor verbale indicate de logoped și a creării unor condiții favorabile confortului psihic. Ca urmare, rezultatele eficiente obținute prin adoptarea acestor tipuri de intervenții recuperative ne determină să ne exprimăm rezerve cu privire la alte două orientări terapeutice, la care se referă Estienne. Este vorba, pe de o parte, de o orientare „net psihoterapeutică, care pleacă de la principiul că tulburarea de limbaj este doar un simptom al unei dificultăți personale sau familiale" și, ca urmare, este important să creăm condiții favorabile pentru elaborarea limbajului și nu să acționăm asupra tulburării de limbaj. Pe de altă parte, cea de-a doua orientare are în vedere principiul că limbajul se învață în mod spontan, „natural", și nu implică exerciții suplimentare, fiind de ajuns prezența condițiilor favorabile.

Este adevărat că mediul de viață favorabil este foarte important, dar atunci când copilul nu dispune de echipamentul psihic necesar învățării în general și al limbajului, în special, este necesar să se folosească toate mijloacele posibile pentru a crea un teren ce poate oferi o recuperare cât mai eficientă și mai rapidă. Din acest context nu pot fi uitate unele mijloace alternative folosite în dezvoltarea comunicării, cum ar fi tehnologiile de acces și cele augmentative, argumentate cu tărie și experimentate de Verginia Crețu (2007), D.V.Popovici (2000), F.E.Verza (2004), care le promovează și pentru alte categorii de subiecți ale căror posibilități de învățare sunt limitate sau afectate din cauza unor deficiențe senzoriale, intelectuale, psihomotorii și de limbaj.

La o serie de aspecte de acest gen noi ne-am mai referit și în analiza ***comunicării totale***, când am accentuat că mijloacele nonverbale, extralingvistice și în genere, orice formă ce sugerează o stare ori o atitudine, devine o expresie comunicativă a individului, care pune în evidență o modalitate, mai mult sau mai puțină, de relaționare cu cei din jur. Aceste mijloace trebuie stimulate și dezvoltate nu numai în cazul acelora care nu au acces la comunicarea verbală, ci și la cei la care limbajul este afectat sau nu este suficient de elaborat. ***Metodele și procedeele generale***, a căror importanță pentru terapia educațional-terapeutică le-am subliniat deja ca având darul de a pune bazele pregătirii organice și psihice pentru a facilita achizițiile structurilor de limbaj și a înlăturării unor indisponibilități lingvistice care se pot recupera prin educație.

Justificarea necesității de a se acorda toată atenția metodelor și procedeelor generale în terapia recuperativă a alaliei se bazează și pe manifestările organo-fiziologice ca și pe cele de tip nonverbal ce apar la alalic menite să însoțească sau să suplinească dificultățile de comunicare verbală. Dintre acestea, menționăm prezența unei rigidități accentuate la nivelul elementelor aparatului fonoarticulator în timpul emiterii sunetelor și a cuvintelor, a expresiei faciale care însoțește vorbirea și mai cu seamă, a stângăciei în exprimarea prin gesturi și mimică, nu atât ca precizare sau accentuare a mesajului verbal cât, mai ales, ca o exprimare și atitudine emoțional-afectivă în relația cu conținutul și intenția comunicării, ca și a raportării alalicului la interlocutor. Deși gesturile și mimica sunt frecvent folosite, ele nu se ridică la complexitatea și varietatea celor utilizate de surdo-mut și

nici nu conțin elementele caracteristice generalizării și abstractizării. Alalicii preiau printr-o formă imitativă incompletă de la cei din anturajul lor aspecte ce țin de comunicarea nonverbală, fără o intervenție creativă și de adaptare a acestora la situațiile concrete. Dificultățile perceptiv-spațiale, cele de formare a schemei corporale sau cele de atenție îngreunează și mai mult folosirea acestor mijloace de comunicare, iar lipsa de experiență și lipsa capacității de susținere verbală accentuează slabul apetit pentru o relaționare comunicativă eficientă.

Toate aceste aspecte ne îndreptățesc să afirmăm că ***alalicul se naște sau dobândește de timpuriu o incapacitate paradoxală în însușirea sau dezvoltarea achizițiilor comunicării verbale și nonverbale în care dificultățile de elaborare a limbajului și de relaționare cu cei din jur marchează lipsa echipamentului psihic necesar învățării și adaptării cultural-sociale.***

Deși avem de-a face cu tulburări deosebit de severe în sfera comunicării, prognosticul recuperativ (așa cum s-a văzut) rămâne pozitiv atâta timp cât metodologia intervențiilor logopedice se corelează și cu o terapie psihologică pentru asigurarea unui confort afectiv și de stimulare a funcțiilor cognitive și conative fără a neglija aspectele pedagogice de utilizare a tehnologiilor educative adoptate condițiilor nefavorabile de dezvoltare și particularităților psihoindividuale ale subiectului.

Capitolul XII

TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI PE FONDUL EVOLUȚIEI PSIHOCOMPORTAMENTALE ÎN AUTISM

1. Terminologie și frecvență în autism

Încă de la primele lucrări care abordează autismul în mod conștient (Leon Kanner, anii '40) și până în zilele noastre, nu s-a reușit să se ajungă la o unitate de vederi cu privire la explicarea acestui complicat sindrom și departajarea tranșantă a caracteristicilor ce îl definesc din contextul altor forme de tulburări mai mult sau mai puțin asemănătoare. Deși au fost făcute progrese evidente în elucidarea problemelor respective, rămân încă altele care se cer a fi lămurite. Din literatura de specialitate se poate remarca faptul că dintre toate formele de handicap, autismul este unul din conceptele cele mai controversate. O asemenea situație are la bază cel puțin patru explicații mai deosebite pe care le-am analizat într-un studiu aprofundat (E. Verza, 1993):

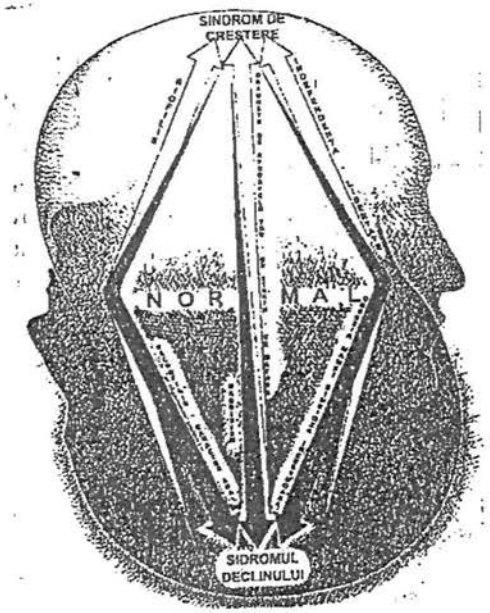
a) Starea de autism este una din cele mai complexe în care varietatea simptomelor psihologice apare pe fondul unei diversități de structură citoarhitectonică specifică;

b) Autismul este obiectul de studiu al unor specialiști din domenii diferite (psihopedagogie specială, psihologie, psihiatrie, pedagogie, psihologie clinică etc.), ceea ce a creat o optică de abordare centrată pe fenomenologia caracteristică unui anumit tip de evaluare și intervenție în scop de recuperare;

c) Datorită diversității etiologice și existenței unor factori nocivi prezenți și în alte forme de handicap, delimitarea autismului și evidențierea specificității sale presupun investigații riguroase, dintre care unele sunt limitate în stadiul actual al științelor;

d) evoluția comportamentală și structurarea activității psihice cu progresele și regresele realizate sub influența proceselor educațional-recuperative sunt atât de complicate și de diferite, de la un caz la altul, încât fac dificilă acțiunea de psihodiagnoză și prognoză.

Dat fiind acestea, în diagnoza autismului se fac frecvente confuzii și substituiri cu alte sindroame care, la rândul lor, sunt prea puțin delimitate în teorie și practică, dar prezintă unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele de autism. Astfel, termenii de „psihoză infantilă", „encefalopatie infantilă", „tulburări emoționale grave", „fond sechelar encefalopat prin dismaturitate", „copii fără contact", „schizofrenie infantilă", „oligofrenie", „întârziere psihică" ș.a. se referă la o arie largă de fenomene, dar nu acoperă starea concretă de autism, ca entitate distinctă și reală pentru o serie de cazuri date.



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990

Creatorul termenului de autism, E. Bleuler (1911, 1950), îl definește ca pe o „detașare de la realitate, însoțită de o predominare a vieții interioare". Pentru a înlătura unele confuzii, credem că trebuie să pornim de la etimologia cuvântului și anume de la grecescul „autos" care înseamnă însuși, Eul propriu, și de la accepțiunea dată autistului de Leon Kanner ca fiind „retras, mulțumit de sine însuși". Se pare că același autor organizează, în anul 1940, o grupă de copii autiști, în principal pentru activități logopedice ca apoi, în 1943, să circumscrie termenul de autism prin evidențierea unui sindrom comportamental (în toate sferele – acțional, verbal, afectiv, cognitiv etc.) specific în raport cu alte handicapuri în care trăsăturile „neobișnuite", dar caracteristice, să permită diferențierea de psihoză, schizofrenie sau handicap mintal. Din acest punct de vedere, Lorna Wing (1976) afirmă că autistul prezintă un comportament ce poate fi definit cel mai bine.

Dar înainte de descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemnează o serie de date interesante cu privire la comportamentul și chiar educația unor copii ce prezentau o simptomatologie asemănătoare. În acest context, sunt reținute descrierile, încă din anul 1799, făcute de medicii John Haslan unui băiat de 5 ani internat la Bethlem Royal Hospital și cele ale lui Jean Marc Gaspard Itard, făcute băiatului Victor (cum a fost numit) în vârstă de 11-12 ani găsit în pădurea Aveyron din Franța. Programul educațional aplicat de Itard cazului respectiv a fost ulterior discutat și dezvoltat de Maria Montessori (1912). Ceva mai târziu, în anul 1920, psihologul american Lightner Witmer aplică o tehnică specială de educare în cazul unui băiat cu tulburări severe specifice autismului (J.K. Wing, 1976).

Deși cercetările asupra autismului au devenit tot mai frecvente și insistente (Bender, 1947, Rimland, 1965, Rutter, 1971, 1972, 1978, Bettelheim, 1977 ș.a.), ele nu au reușit să desprindă pe deplin sindromul de autism din grupa complexă a tulburărilor de dezvoltare în care se invoca adeseori factorul leziunilor cerebrale, iar copiii „cu leziuni cerebrale" prezentau un polihandicap ce dezvoltă o simptomatologie extrem de variată, regăsită într-o serie de alte sindroame: schizofrenie, autism, deficit sever de intelect etc. Tot mai mult au fost departajate criteriile de circumscriere a autismului în raport cu alte tulburări și s-a ajuns la concluzii că, printre altele, sunt importante: vârsta de instalare a autismului, prezența afecțiunilor neurologice, manifestările din planul relațiilor sociale și

funcționalitatea limbajului, atitudinea față de sine și față de mediul înconjurător (Leblan și Page), dimensiunea deficitului cognitiv și nivelul intelectual al subiectului autist.

Odată cu apariția contribuției lui Kanner (1943), a fost posibilă departajarea tranșantă a unui sindrom caracteristic de autism de toate celelalte forme de handicap și mai cu seamă de formele de subnormalitate și psihoză cu care se confunda mai des sau se considera că este vorba de o simptomatologie subordonată acestor stări. Și astăzi, în unele lucrări, mai ales în cele de psihiatrie și uneori chiar din domeniul psihopedagogiei speciale, caracteristicile de autism sunt descrise ca manifestări ale psihozelor, deficienței de intelect profunde, ale unor handicapuri de auz pe un fond de deficit mintal, ale unor deficite cerebrale de tip disartric sau de tip alalic, ale polihandicapurilor, în genere. Este adevărat că în toate acestea poate exista o simptomatologie restrânsă de tip autist, dar care nu este singulară și definitorie pentru starea respectivă. Pe baza observațiilor efectuate asupra celor 11 copii din grupa amintită, Kanner evidențiază o serie de trăsături caracteristice printre care mai importante le-a considerat pe cele legate de incapacitatea de a adopta o poziție normală în timpul luării în brațe, chiar din perioada de sugar, incapacitatea de comunicare verbală, o exacerbare a memorării mecanice, incapacitatea de comunicare verbală, o exacerbare a memorării mecanice, incapacitatea utilizării conceptelor abstracte, teamă și emoții exagerate în situații nesemnificative pentru efecte de acest gen, incapacitate imaginativă în activități ludice, producerea întârziată a unor manifestări ecolalice, crearea impresiei de dezvoltare fizică și intelectuală normală (1943) ș.a.

Frecvența autismului este și mai discutabilă pentru că nu au fost efectuate statistici relativ complete în nici o țară. Se poate totuși invoca un studiu din anul 1964, efectuat în Anglia, pe populația infantilă cuprinsă între 8 și 10 ani, ocazie în care au fost depistați 4-5 copii la 10.000 ce prezentau semne de autism. Un alt studiu făcut în Danemarca confirmă aceste date. Datele mai recente estimează că sunt 10 indivizi cu autism dintr-un total de 10.000, cifră comparată cu rata de nașteri a indivizilor cu sindrom Down, iar pentru o familie ce are un copil autist există un risc mai mare de a avea un alt copil autist, risc ce variază de la 3 la 7% (1994). Concluzia de ordin general constă în aceea că în țările dezvoltate frecvența autismului este mai mare față de țările slab dezvoltate, ca urmare a mortalității sporite în acestea din urmă. Copiii cu asemenea handicapuri grave presupun o îngrijire

medicală specială ce se realizează cu dificultate acolo unde asistența sanitară este precară. Comparativ cu alte handicapuri, se apreciază că autismul are o frecvență similară cu cea a surdității și mai mare decât cecitatea. Raportată la sexe, frecvența este mai mare la băieți, aproximativ 4 la 1 față de fete. Cercetările mai recente nu au putut demonstra transmiterea ereditară legată se sex și nici prezența unui caracter genetic dominant la unul din sexe (Spence, 1975). În schimb, se remarcă un număr mai mare de autiști printre copiii unici sau printre primii născuți (Weihs, 1989).

2. *Etiologie și teorie explicativă*

Lorna Wing (1989) încearcă să explice natura autismului prin implicarea factorilor etiologici pe două direcții fundamentale și anume: prima se referă la existența unor factori ce determină anomalii organice, iar cea de a doua cuprinde factorii răspunzători de producerea tulburărilor funcțiilor psihologice sau psihofiziologice. Așa spre exemplu, un mecanism genetic poate determina atât o anomalie structurală, cât și una biochimică ce afectează o funcție sau mai multe ale creierului. Și studiile lui Boulin, Coleman și O'Brien (1970) semnalează existența, în proporții diferite, a unor anomalii biochimice în celulele sanguine la copiii cu autism clasic.

Cu toate dificultățile și riscurile unei neargumentări riguroase pentru formularea unor teorii distincte, este totuși posibilă clasificarea lor în trei categorii:

a) **teorii organice**, pe baza cărora autismul poate fi apreciat că se datorează unor disfuncții organice ce sunt de natură biochimică sau de dezvoltare structurală insuficientă a creierului, nepermițând atingerea unor parametri normali ai activității psihice. În acest sens, trebuie luate în considerație, în primul rând, dificultățile perceptuale de atenție și de învățare prezente la autiști. Deși la aceste teorii aderă tot mai mulți specialiști, ele au un anumit grad de nesiguranță pentru că nu precizează în ce măsură implicarea organică este de origine genetică sau traumatică. În principal, etiologiile organice privesc afecțiunile creierului, anomaliile genetice, leziunile subcorticale, disfuncția sistemului vestibular, anomaliile sistemului reticular, întârzieri ale maturizării;

b) **teorii psihogene** care interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologică față de tot ceea ce este perceput

rece, ostil şi pedepsitor. Se pare că Bruno Bettelheim (1967) este primul care invocă, aici, relaţia părinte-copil şi se bazează pe observarea unor relaţii mai reci ale părinţilor faţă de copiii autişti. Ca urmare, se ajunge la unele disfuncţii psihologice, manifestate prin anomalii ale dezvoltării sferei emoţionale, anomalii ale dezvoltării sferei cognitive când dificultăţile utilizării simbolurilor devin dominante în tulburările limbajului, anomalii ale capacităţilor perceptive şi de atenţie, dificultăţi şi aberaţii în limitarea acţiunilor corporale;

c) **teorii comportamentale** ce sunt legate de cele psihogene pentru că implică întotdeauna componente de ordin psihologic, aceste teorii postulează că autismul infantil ia naştere printr-un şir de comportamente învăţate şi care se formează în urma unor serii întregi de recompensări şi pedepse întâmplătoare. Ele se menţin prin aceleaşi recompensări şi pedepse ce se repetă în condiţii relativ asemănătoare sau percepute de copil ca fiind similare. Aşa se produc şi se consolidează crizele de furie, autostimulările etc. care, prin interacţiunea cu mediul, pot deveni un fel de necesitate a manifestărilor. De cele mai multe ori, la baza acestor simptome stau aberaţii în structura psihică şi de viaţă a părinţilor, intervenţii anormale în educarea copiilor, existenţa unor anomalii la copii ce sunt exacerbate de atitudinea şi comportamentul patologic al părinţilor.

La o analiză mai atentă vom constata că în producerea autismului pot concura, pe de o parte, o sumedenie de factori ce se subsumează oricăreia din cele trei direcţii enunţate mai sus, iar, pe de altă parte, şi atunci când intervine un singur factor nociv de o anumită complexitate ce antrenează un tablou larg de anomalii în plan structural sau psihologic. Imposibilitatea precizării cu exactitate, în toate cazurile, a factorilor etiologici creează supoziţia implicării şi a unor cauze ce sunt tipice şi pentru alte categorii de handicap. Printre acestea sunt bolile infecto-contagioase din timpul sarcinii şi al naşterii, cauze ereditare, anomalii ale creierului care sunt apreciate că se găsesc la 1/3 dintre autişti. Ca urmare şi a acestor cauze, se estimează tot la 1/3 numărul autiştilor care prezintă şi alte suferinţe, cum ar fi meningita, encefalita, hidrocefalia, epilepsia. Dar prezenţa unor handicapuri asociate cu o natură multifactorială complică şi mai mult elucidarea specificităţii autismului. Având în vedere aceste aspecte şi pentru o explicaţie cât mai plauzibilă, este necesar să se ia în consideraţie orice factor etiologic posibil şi orice teorie care poate, chiar şi parţial, contribui la explicarea autismului.

3. *Simptomatologie şi diagnoză*

Bazându-se pe criticile elaborate de Kanner şi Creak (1964), Rutter ajunge la concluzia că simptomatologia autismului poate fi redusă la trei aspecte manifestate pe direcţiile:

- incapacităţii generale în dezvoltarea unor relaţii sociale constante;
- existenţei retardului sever la nivelul limbajului;
- prezenţei comportamentelor rigide şi compulsive.

Dar manifestările autismului nu pot fi tratate în afara criteriilor introduse de Leblanc şi Page, la care ne-am referit mai sus. Ele sunt mult mai variate şi au fost puse în evidenţă într-o serie de cercetări mai recente prin sublinierea că acestea afectează întreaga activitate psihică a subiectului. Astfel, trebuie remarcat că există o complexitate a autismului ce rezultă şi din manifestările multiple care se produc în toate palierele activităţii psihice. Din această perspectivă, cele mai importante anomalii ce se întâlnesc în autism pot fi grupate astfel:

- dificultăţi de limbaj şi comunicare;
- discontinuitate în dezvoltare şi învăţare;
- deficienţe perceptuale şi de relaţionare;
- tulburări acţionale şi comportamentale;
- disfuncţionalităţi ale proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice.

a) ***Dificultăţile de limbaj şi comunicare*** se manifestă de timpuriu prin lipsa unor relaţii adecvate la vorbire şi prin slabul interes manifestat în achiziţia limbajului. Unul din fenomenele care atrag atenţia este şi acela că autiştii nu răspund la comenzile verbale şi au o reacţie întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însuşeşte cu o întârziere mare faţă de normal şi cu o menţinere a pronunţiei defectuoase mai în toate împrejurările. Deşi în jurul vârstei de 5 ani pot repeta unele cuvinte, unele sunete şi silabe, fenomenul ecolalic este evident dând impresia unui ecou mai cu seamă prin repetarea sfârşitului de cuvânt sau de propoziţie. După însuşirea relativă a limbajului, autiştii au tendinţa de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură şi de a substitui un cuvânt cu altul apropiat ca semnificaţie sau utilitate (ex.: cuvântul „lingură" este înlocuit cu „furculiţă", cuvântul „mama" cu „tata" etc.). Vocabularul

sărac şi tulburările de voce frecvente determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonaţie şi flexibilitate, dezagreabilă. Comunicarea autistului este îngreuiată şi de prezenţa tulburărilor în planul recepţiei vorbirii şi de folosirea unei gesticulaţii relativ simplificate. Cum sunt prezente şi dificultăţile în planul ideaţiei, formulările verbale sunt stereotipe şi repetitive. Imaturitatea vorbirii şi a comunicării este accentuată şi de funcţionalitatea redusă a asociaţiilor ideative şi de anomaliile construcţiilor gramaticale. Se poate remarca şi existenţa unor bizarerii în alcătuirea propoziţiilor. Sunt şi unii autişti care au o oarecare capacitate de a utiliza concepte, ceea ce le permite o raportare mai realistă la obiectele şi persoanele cu care vin în contact. Aceşti copii nu numai că reţin simbolurile, dar manifestă şi o anumită capacitate de a le manipula. La ei vorbirea spontană este mai bine dezvoltată şi este însoţită de folosirea mai extinsă a limbajului non-verbal (gesturi, mimică, pantomimă) şi de o înţelegere aproximativă a comunicării în general. Dat fiind faptul că unele cazuri de autism se asociază cu handicapul mintal, dificultăţile de însuşire a limbajului şi comunicării pot fi atât de accentuate încât fenomenul ca atare îmbracă o formă reducţionistă comparabilă cu aceea a copiilor normali din ontogeneza timpurie. Dar sunt autişti care rămân muţi toată viaţa, dacă nu iau parte la programe speciale de educaţie.

Recurgând la comparaţia dintre retardurile verbale ale copiilor autişti şi a celor afazici, R. Leblanc şi J. Page sunt de părere că severitatea mai accentuată a retardului de limbaj în cazul autiştilor poate sta şi la baza unui diagnostic diferenţial la vârstele precoce. Un asemenea retard, după autorii amintiţi, se manifestă în următoarele patru situaţii mai deosebite:

a. folosirea limitată a limbajului pentru comunicarea interumană (incapacitatea în manifestarea funcţiilor limbajului, absenţa comunicării reciproce, nu prezintă interes pentru comunicarea de plăcere, neputinţa de a se exprima în afara contextului situaţional imediat);

b. inversiunea pronumelor personale;

c. prezenţa ecolaliei;

d. prezenţa dificultăţilor de înţelegere a limbajului.

Dificultăţile de comunicare şi relaţionare nu sunt susţinute nici de existenţa unui limbaj preverbal care să creeze posibilitatea exprimării emoţiilor şi a dorinţelor ce invadează viaţa copilului în perioadele mici de vârstă. Spre deosebire de copiii surzi, cei cu autism

nu reuşesc să-şi dezvolte un limbaj nonverbal care să le permită să utilizeze în mod adecvat gesturile, mimica şi pantomima pentru a-şi exprima stările trăite şi nici nu-şi pot forma capacitatea de a înţelege şi interpreta astfel de expresii văzute la alţii. Adeseori, comunicarea nonverbală se reduce, în cazul copiilor autişti, la ţipete, la emiterea de zgomote dezagreabile şi la manifestări de reacţii de agresiune asupra celor din jur sau de autoagresiune din care lipsesc gesturile simbolice şi cele convenţionale. Aceste caracteristici deficitare îngreunează şi ele dobândirea abilităţilor de comunicare verbală.

Pornind de la ideea, justificată de altfel, că până în jurul vârstei de 4-5 ani este dificil sau chiar riscant să se adopte ferm un diagnostic de autism diferenţial faţă de grupa complexă a tulburărilor de dezvoltare, studiile şi cercetările axate pe copiii autişti de această vârstă sunt limitate şi inconsistente. Cum limbajul şi comunicarea, nivelul achiziţiilor acestor structuri, a etapelor pe care le parcurg acestea cu salturi şi stagnări în anumite condiţii de viaţă, cu semnificaţii pentru un anumit deficit cognitiv sau cu o întârziere temporală etc., comportă dificultăţi majore în care evaluarea riguroasă şi ştiinţifică a limbajului care stă la baza diagnosticării autismului infantil nu creează confortul preciziei diagnosticului adoptat şi nu au nici darul stimulării investigaţiilor din domeniu.

Trebuie subliniat că dificultăţile în achiziţia limbajului şi a comunicării nu se prezintă în mod izolat, ele fac parte dintr-un ansamblu de dereglări existente la nivelul tuturor palierelor activităţii psihice şi psihocomportamentale ceea ce îndeamnă la o analiză unitară a acestora şi justifică demersul adoptat de noi în acest capitol.

Încă din ontogeneza timpurie se constată că în achiziţia vorbirii apar diferenţe între copiii autişti şi copiii normali. Astfel, emisiile verbale nu numai că apar la autişti cu întârziere, dar ele au o frecvenţă mai redusă şi se limitează la vocalizări simplificate, ceea ce îngreunează comunicarea cu cei din jur. De aici şi o înţelegere deficitară şi o restrângere a interacţiunii cu mama. Complementar, şi comunicarea nonverbală nu are darul să suplinească dificultăţile verbale. Mai târziu, la unii autişti, se poate manifesta intenţia de comunicare, dar nici ei nu reuşesc să o ducă la bun sfârşit, pentru că nu dispun de capacităţile verbale necesare şi manifestă o inabilitate evidentă în menţinerea dorinţei până la atingerea scopului comunicării.

Comunicarea verbală a autiştilor este atât de limitată încât ei nu pot susţine un dialog cu un interlocutor şi mai ales nu pot constitui

o povestire sumară a unor situații. Repetițiile unor cuvinte sau propoziții scurte ale interlocutorului imprimă vorbirii sale un caracter ecolalic care ridică semne de întrebare asupra comprehensiunii limbajului și a participării active într-o comunicare dată. Dat fiind faptul că achiziția limbajului se realizează cu o întârziere semnificativă față de copiii normali, autiștii nu reușesc, ulterior, să recupereze un asemenea neajuns și chiar mai mult, acest decalaj se accentuează tot mai mult. Din acest punct de vedere, J. Bruner și C. Feldman (1993) arată că dificultățile de comunicare se produc atât la nivelul dialogului, cât și la nivelul limbajului general deoarece copilul autist se dovedește incapabil să întrețină schimbul de idei cu interlocutorul sau să alcătuiască un mic discurs verbal privitor la contextul dat. După autorii menționați, deficitul de comunicare face parte dintr-o caracteristică generală a disfuncționalității diferitelor componente și mecanisme ce sunt activate de impulsul de a comunica experiențele copilului. Or, acest impuls îi lipsește copilului autist încă din copilăria mică și devine tot mai restrictiv pe parcursul înaintării în vârstă.

Ceea ce numește L. Kanner „inversarea pronumelui" de către copilul autist prin care remarcă nefolosirea pronumelui **eu** sau folosirea pronumelui **tu** în locul celui de la persoana întâi, **eu**, denotă o ocolire sau o repetare ce semnifică neputința autistului de a se raporta corect la realitatea existentă. De aici rezultă o anxietate în raport cu sinele și o lipsă a dorințelor de a-și comunica sentimentele. Copiii autiști dau astfel impresia că doresc să-și ascundă gândurile și o manifestare a dorinței de implicare în situațiile la care se referă ascunzând un limbaj greu de codificat din cauza lipsei de sens al acestuia.

Referitor la tulburările de limbaj ce implică realizarea și comprehensiunea acestuia, bazată pe literatura de specialitate, Cristina Mureșan (2004) le sistematizează în raport de nivelul evoluției achizițiilor lingvistice și a capacității autistului de a se raporta verbal la realitate prin mijloace verbale sau de susținere a interacțiunii sociale. Astfel, sunt evidente dificultățile de la nivelul:

- **fonologic** – printr-o dezvoltare mai lentă față de normali și nu atât prin dificultăți de articulare;
- **morfosintactic** – care semnifică o dezvoltare lentă și deficitară în utilizarea morfologiei și a sintaxei;
- **semantic** – când semnificația cuvintelor folosite nu pune în evidență corectitudinea acestora;
- **pragmatic** – pune în evidență o lipsă de corelare și raportare la comunicarea interlocutorului și nu apar intențiile în urmărirea scopurilor, ajungându-se la o rigiditate evidentă în adaptarea la momentele (etapele) impuse de logica comunicării;
- **prozodic** – când elementele adjuvante (de susținere) ale limbajului exprimă slab, sau chiar contrariul celor verbalizate;
- **ecolalic** – fenomen foarte accentuat în cazurile grave de autism când denotă o repetare mecanică a unor expresii verbale scurte ale interlocutorului și o extindere a acestor repetiții prin unele adaosuri de cuvinte în situațiile de autism ușor.

La toate acestea se adaugă dificultățile de comprehensiune sau limitarea acesteia la unele situații simplificate și deduse dintr-un caracter automatizat al evenimentelor evocate.

b) ***Discontinuitatea în dezvoltare și învățare*** poate crea o impresie derutantă și confuză în aprecierea capacităților generale ale autistului și a modalităților educaționale în care poate fi antrenat. Așa spre exemplu: incapacitatea de a număra, dar manifestarea unei abilități în realizarea operației de înmulțire, sau dificultăți în învățarea literelor și o oarecare ușurință în învățarea cifrelor, ori orientarea relativ bună în spațiu și retenția exactă a obiectelor percepute cândva într-o anumită încăpere (chiar după ani de zile), dar manifestarea unor stereotipuri în formarea unor comportamente cognitive și a lipsei de interes, pentru achiziția altor informații denotă aberații în corelarea și evoluția relației învățare-dezvoltare. Totuși, se pot obține unele progrese, atât pe linia învățării, cât și pe linia dezvoltării, atunci când programele educaționale și recuperative se bazează pe achiziția unor deprinderi în care înțelegerea acțiunilor să ocupe locul central cât și pe înlăturarea, pe cât posibil, a unei însușiri pe de rost. Concomitent, noile deprinderi ce se urmăresc a fi formate trebuie legate de achizițiile anterioare prin realizarea unor asocieri dintre acțiunea practică și imagine, însoțite de verbalizare și de înțelegere a legăturilor dintre obiecte. În acest context, învățarea prin joc și desfășurarea unor acțiuni din care să rezulte un efect util nemijlocit pot spori interesul subiectului pentru cunoașterea și pentru achiziția unor abilități formative.

Unii autori (Klovin, 1971) au pus în evidență diferențe semnificative între formele autismului, care debutează înainte de vârsta de trei ani, și cele care apar după această vârstă. Pentru diagnosticul diferențial este important de cunoscut că instalarea

autismului înainte de 30 de luni face posibilă departajarea acestuia de psihozele degenerative care se manifestă după trei ani (Rutter, Leblanc şi Page). Toate manifestările autiste se accentuează între 2,5 şi 5 ani (Wing, 1976), iar alte situaţii (Lotter, 1966) sesizează prezenţa unor anomalii la naştere sau în primele 30 de luni de viaţă la majoritatea cazurilor autiste. Şi în grupurile de autişti se înregistrează prezenţa anomaliilor în perioada neo-natală cu o frecvenţă mai mare faţă de un lot martor ca şi o rată mai ridicată a complicaţiilor din timpul sarcinii şi a celor de la naştere ce apar la mamele copiilor autişti (Lotter, 1966). În alte studii efectuate (Ornitz, Guthrie şi Farley, 1977) asupra copiilor autişti din primii 4 ani de viaţă s-a pus în evidenţă existenţa unor retarduri semnificative la nivelul motricităţii, înţelegerii, limbajului şi comunicării rezultate (din punct de vedere etiologic) din accidente patologice majore (asfixie neonatală severă, rubeolă congenitală, convulsii, microcefalie) şi din accidente patologice minore (asfixie neonatală minoră, tonus muscular scăzut, greutate subnormală la naştere) deşi a fost posibilă înregistrarea unei grupe de copii autişti (a treia) fără să prezinte tulburări patologice asociate. Datele obţinute au fost comparate cu cele ale copiilor normali pentru a se putea marca cu mai multă exactitate diferenţele dintre loturile respective, astfel încât ele sunt evidenţiate în tabelul următor.

Dezvoltarea motorie a limbajului şi a primelor etape de percepţie, înţelegere şi comunicare (reprodus după Leblanc şi Page)

Etape	Vârsta medie în luni	
	Copilul autist	Copilul normal
Vârsta la care copilul a început:		
- să se joace cu mâinile şi picioarele;	3 (2-4)	3 (2-4)
- să-şi ţină capul drept, atunci când se află în decubit ventral;	3 (2-5)	2 (2-5)
- să încerce să prindă jucăria sau marginea patului (prehensiunea obiectelor);	4 (3-5)	3 (3-4)
- să se întoarcă pe spate;	3 (2-5)	3 (3-4)
- să se întoarcă pe burtă;	4 (3-5)	4 (3-5)
- să se aşeze fără sprijin/ajutor;	7 (6-8)	6 (5-7)
- să se deplaseze „în patru labe";	9 (6-11)	7 (5-8)
- să se ridice singur;	10 (8-14)	8 (7-9)
- să meargă singur;	15 (12-18)	11 (10-12)
- să gângurească, să scoată strigăte scurte sau alte sunete similare;	3 (2-6)	2 (2-3)
- să folosească silabe precum „da", „ba" sau „la";	11 (6-12)	7 (5-9)
- să imite sunete emise de alte persoane.	24 (18-32)	12 (6-23)
Vârsta la care copilul a început:		
- să folosească cuvinte (altele decât „mama", „tata");	24 (12-28)	12 (11-16)
- să repete cuvinte folosite de alte persoane;	30 (20-39)	15 (12-18)
- să înlănţuie cuvinte pentru a face propoziţii;	30 (24-36)	18 (16-22)
- să formuleze fraze complete.	37 (31-48)	23 (20-26)
Percepţia		
Vârsta la care copilul a început:		
- să reacţioneze la sunete (ex. sunetul pendulei);	3 (1-5)	2 (1-2)
- să observe obiecte (ex. minge).	4 (3-8)	3 (2-4)
Înţelegerea		
Vârsta la care copilul a început:		
- să înţeleagă comenzi simple;	12 (10-18)	9 (7-10)
- să înţeleagă denumirile obiectelor (ex. „masă", „pat", „câine").	24 (15-32)	12 (10-17)
Comunicarea		
Vârsta la care copilul a început:		
- să indice cu degetul obiectele pe care le dorea;	24 (12-31)	10 (7-15)
- să folosească cuvinte pentru a spune ce doreşte.	36 (24-42)	14 (12-20)

Pe de altă parte, la copiii cu autism apar şi manifestări de tipul hiper şi hiposensibilităţii la stimulii vizuali şi auditivi (Wing, 1971, Varlet, 1979) cu prezenţa răspunsurilor anormale la stimulii senzoriali şi absenţa atitudinilor calificate faţă de persoanele din jur (Prior, 1976).

c) ***Deficienţele perceptuale şi de relaţionare*** pot fi sesizate încă de la naşterea copilului autist. Astfel, el se manifestă ca plângăreţ, agitat în majoritatea timpului şi cu ţipete sau dimpotrivă, inhibat, fără interes şi fără dorinţă de a cunoaşte lumea înconjurătoare. Unii dintre autişti manifestă o adevărată fascinaţie pentru lumină sau pentru un

obiect strălucitor, în timp ce alții nu percep elementele componente ale obiectelor. Aceeași contradicție poate fi sesizată și în plăcerea manifestă a unor cazuri de autiști pentru tact și pipăirea obiectelor, în timp ce la alții se produce o reacție negativă față de atingerea obiectelor și chiar de mângâiere. În primul caz, se pot atașa nejustificat de unele obiecte fără semnificație, sau manipulează un timp îndelungat un obiect, pot avea o reacție aberantă la un zgomot de intensități diferite, în sensul că devine violent la căderea unui creion sau a unei gume, dar nu manifestă nici o reacție la un zgomot de pistol. În cel de al doilea caz, pot să nu accepte prinderea de mână din partea adultului, sau când subiectul este solicitat să pună mâna în palma altei persoane preferă prinderea acesteia de încheietura mâinii; se întâmplă chiar să manifeste o reacție de respingere față de contactul cu unele jucării ce sunt foarte agreate de către copiii normali.

Tot pe linia unor aberații perceptuale și de relaționare se înscrie și exemplul acelor cazuri de autiști cărora le place muzica, reacționează pozitiv la ritm sau manifestă abilități în a cânta la instrumente muzicale sau chiar a compune melodii.

Prin aplicarea unor teste verbale și perceptual motorii se constată că apar dificultăți majore în realizarea unor performanțe în sensul că acestea se mențin în limitele deficienței mintale sau ale unor cazuri cu disfuncții neuropsihologice.

În acest context, M. Rutter (1971) subliniază ca fiind esențiale pentru simptomatologia autismului caracteristicile specifice, sau incapacitățile de relaționare socială, incapacitatea utilizării pronumelui personal la persoana I și existența unor fenomene rituale și compulsive, iar Condon (1975) constată că ceea ce caracterizează autiștii este răspunsul acestora repetat la un singur semnal (spre exemplu, un sunet) asemănător cu emiterea unui ecou la semnalul respectiv. Un alt autor, Marian K. DeMayer (1976) insistă pe faptul că și capacitatea redusă a autiștilor în a înțelege și în a se raporta la complexitatea vieții cu semnificația alienării sociale se bazează pe faptul că aceștia sunt chiar mai deprimați intelectual decât copiii arierați mintal.

d) ***Tulburările acționale și comportamentale*** par a fi cele mai spectaculoase atât prin amploarea, cât și prin complexitatea lor. În producerea și extinderea acestora sunt implicate toate dificultățile caracteristice de la nivelul întregului psihism. Acțiunile și comportamentele autistului au frecvent un caracter bizar și stereotip. Deși se pot remarca o serie de aspecte comune la toți autiștii, mai cu seamă în perioadele copilăriei, cu timpul se produc unele diferențieri ce imprimă o relativă unicitate pentru fiecare caz, chiar dacă acesta are un diagnostic similar cu alt caz. Cele mai semnificative comportamente bizare sunt realizate, pe de o parte, prin acțiunea de automutilare sau autodistrugere, iar pe de altă parte, prin acțiunea de autostimulare. Automutilarea sau autodistrugerea se poate produce prin acțiuni de mișcare a unor părți ale corpului până la epuizare, prin autolovirea cu pumnul sau cu un obiect, lovirea cu capul de perete sau de diferite obiecte etc. La rândul ei, autostimularea se manifestă pe mai multe căi: kinestezică (legănatul înainte și înapoi, frecarea cu mâna a lobului urechii), tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârierea cu unghia a căruciorului), auditivă (plescăitul din limbă, emiterea neîncetată a unui sunet) și vizuală (învârtirea unui obiect în fața ochilor, privirea neîncetată a degetelor).

Dintre acțiunile stereotipe atrag atenția cele legate de rotirea brațelor, învârtirea pe loc fără să amețească și mersul pe vârfuri, uneori chiar cu mișcări grațioase. Dar sunt și cazuri care au dificultăți de mers și o gestică neadecvată și dezorganizată.

Alte fenomene care au reținut atenția specialiștilor privesc nevoia redusă de somn a autiștilor, reacțiile diminuate la dureri și la frig și modificarea frecventă a dispozițiilor fără să existe o cauză corespunzătoare. Aceste fenomene sunt mai active în copilărie, când de altfel s-a constatat că în perioada 2-5 ani comportamentul tipic autist, în ansamblul său, este cel mai evident. Rezistența bine cunoscută a autiștilor la substanțele sedative și hipnotizante nu facilitează înlăturarea stărilor de insomnie și a somnului agitat ce le sunt caracteristice. Din aceste motive, în știință se caută mijloace mai naturiste care să anihileze asemenea efecte negative nu numai asupra stării biologice, dar și asupra celei psihologice.

Copilul autist are dificultăți de integrare perceptivă a obiectelor și situațiilor pentru că folosirea și raportarea la acestea se face în mod stereotip. Nici față de el însuși și față de propriul corp nu manifestă un interes evident, dar în schimb, manifestă un atașament exagerat, de tip fetișist față de unele obiecte pe care le manipulează în chip stereotip și ritualizat. Mecanismele interacțiunii sociale sunt sever afectate mai cu seamă în cazurile când autismul se asociază cu deficiența intelectuală sau cu o tulburare cerebrală organică.

e) ***Disfuncționalitățile proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice*** se referă practic la întreaga activitate psihică. Am vorbit deja de efectele negative ale autismului în planul senzorial și al

comunicării. Desigur, ele se corelează cu celelalte anomalii şi disfuncţionalităţi ce se produc în toate palierele activităţii psihice. Astfel, în plan *afectiv-motivaţional* se manifestă de timpuriu o lipsă de interes pentru contactul social şi mai cu seamă nu participă la trăirile celor din jur. În acest sens, se remarcă indiferenţa faţă de eventualele suferinţe ale altora şi atitudini neorientate spre activităţile desfăşurate în preajma sa. Până la 5-6 ani, copilul autist reacţionează ca un sugar normal după care unele simptome se pot restrânge în timp ce altele se agravează şi se extind. Aşa spre exemplu, unii se ataşează exagerat faţă de obiecte ce nu prezintă semnificaţie (cutii goale, bucăţele de hârtie, ciocuri de creion) sau pot manifesta o frică patologică pentru lucruri obişnuite, dar nu acordă importanţă fenomenelor utile sau nu întrevăd adevăratele pericole. Deşi autiştii nu ştiu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva prin faptul că nu privesc în faţă persoanele din jur. Nu se jenează în efectuarea unor acţiuni cum ar fi mâncatul de pe jos, ştergerea de părul sau de blana cuiva, efectuarea de observaţii penibile ori menţionarea unor obişnuinţe ce deranjează prin formulări de cerinţe de tipul păstrării permanente a locului ocupat la masă de membrii familiei, a locului din bănci de către ceilalţi copii, plimbarea pe acelaşi traseu etc. În genere, imaturitatea afectivă este definită de caracteristica tipică de infantilism a afectivităţii handicapatului de intelect. Autiştii nu stabilesc contact afectiv decât cu totul sporadic şi fără să adopte atitudini pozitive constante faţă de persoanele apropiate, în schimb se evidenţiază tendinţa de izolare, de închidere în Eul propriu. Dar sunt unii care trăiesc stări de frustraţii, anxietate şi hiperexcitabilitate în raport cu diverse situaţii. De pildă, pot deveni furioşi în locuri aglomerate (într-un magazin) sau reticenţi faţă de persoane care nu le-au făcut nici un rău.

Caracteristicile *gândirii* şi *inteligenţei* rezultă şi din activităţile ludice. Copilul autist adoptă un joc de tipul celui al sugarului, mai exact, de mânuire a obiectelor şi nu are capacitatea de a acorda simbol jucăriei sau de a-şi propune un scop pentru finalizarea acţiunii. Pe de altă parte, adeseori autismul se asociază cu formele deficienţei mintale severe ca urmare a existenţei unor anomalii ale sistemului nervos central. Chiar atunci când acestea lipsesc, în unele cazuri, se constată întârzieri mintale datorate dificultăţilor de limbaj şi învăţare care fac imposibilă achiziţia de experienţe cognitive pentru suportul operaţional intelectiv. Dificultăţile de înţelegere *imaginativă* a unor situaţii reale nu numai că nu contribuie la formarea de concepte care

să permită abstractizări şi generalizări, dar îl îndepărtează pe autist şi mai mult de raportarea corectă la complexitatea vieţii şi de adoptarea unor atitudini care să-i permită proiecţia în viitor. Totuşi, unii copii autişti creează impresia că posedă o inteligenţă bună pentru că adoptă o expresie facială agreabilă ce rezultă din aspectul fizic, în general, plăcut. La menţinerea acestei impresii favorabile contribuie şi *memoria* mecanică relativ bună. Astfel, sunt capabili să-şi reamintească şi să reproducă (cei care pot vorbi) expresii verbale auzite în diverse împrejurări, versurile unor poezii, să recunoască o melodie ascultată după ce îi ascultă începutul, să recunoască o încăpere în care a fost cu ani în urmă etc.; în schimb, nu manifestă *atenţie* atunci când i se vorbeşte sau când în jurul său se produc evenimente cu o anumită semnificaţie, pentru că nu înţelege sensul acestora şi nu surprinde simbolistica lingvistică.

Mai recent, *Revista britanică de psihologie evolutivă* (1991) consacră o ediţie specială problemei „teoriei minţii copilului" cu care ocazie se prezintă şi funcţionalitatea acesteia la copiii autişti. Astfel, se are în vedere că anomaliile în dezvoltarea socială şi comunicativă la copiii autişti au fost atribuite şi incapacităţii acestora de a-şi formula o teorie a minţii. Problema care se pune este aceea dacă acest deficit se referă exclusiv la stările mintale sau dacă priveşte domeniile de cunoaştere socială ce nu implică, după părerea autorilor, o teorie a minţii. În fapt, aceasta se poate verifica în:

1.- recunoaşterea relaţiilor interumane;

2.- reciprocitatea interpersonală;

3.- înţelegerea deosebirilor dintre însufleţit şi neînsufleţit (Simon Baron-Cohen).

Prin experienţe şi observaţii, s-a constatat că la subiecţii cu autism cunoaşterea socială independentă de o teorie a minţii nu pare a fi afectată negativ (Daniel Roth, Alan Leslie).

În urma aplicării unor teste, s-a ajuns la concluzia că la baza performanţei adolescenţilor autişti şi a copiilor normali stau mecanisme diferite de prelucrare a informaţiilor. Copiii autişti se bazează pe reprezentări primare, în timp ce copiii normali sunt capabili de metareprezentări ca mijloace de interpretare a informaţiilor verbale. Pe măsură ce se atinge un anumit nivel al competenţei lingvistice, se formează şi capacitatea ce implică o teorie a minţii. Deci, dezvoltarea capacităţii de utilizare a limbajului contribuie, şi la autişti ca şi la normali, la formarea capacităţii raportată la teoria

minții. Acei copii capabili de o teorie a minții sunt și mai dotați în plan pragmatic (R. Eisenmayer, M. Prior).

Luând în considerație această simptomatologie și etiologie complexă, cât și existența unor manifestări pertinente în unele cazuri și lipsa sau diminuarea lor în altele la care se adaugă frecvent caracteristici tipice sau definitorii pentru handicapuri diverse, evaluarea și diagnoza autismului comportă riscuri și dificultăți. Ca urmare, într-un asemenea demers trebuie excluse rând pe rând simptomele specifice surzeniei, schizofreniei infantile (care poate fi mai ușor departajată dacă se are în vedere că în autism nu sunt prezente halucinațiile și maniile), deficienței de intelect (chiar dacă unele manifestări ale acesteia se asociază autismului sunt totuși cazuri de autiști care obțin performanțe normale pe linia Q.I.), imaturității motorii cerebrale, alaliei, mutismului electiv ș.a.

În diagnoza autismului, Rutter (1973) a uzat de testele WISC pentru a măsura performanțele subiecților copii și a constatat că rezultatele obținute de aceștia la aranjat de imagini și decodare sunt comparabile cu cele înregistrate de deficienții mintal moderați, iar la testele de cuburi și asamblare de obiecte, rezultatele sunt relativ normale. Dat fiind deficiențele limbajului, aspectele legate de cogniție (în cazul dat) se bazează pe abilitățile nonverbale.

În diagnoza autismului, confuziile cele mai dese au fost determinate de poziția psihiatriei și a unor psihiatri care consideră autismul infantil ca o formă a schizofreniei la copii, alături de „schizofrenia infantilă propriu-zisă" și de „schizofrenia din perioada pubertății și adolescenței" (1989, pg. 773) sau de interpretarea dată de unii psihologi (1978) fenomenului de repliere asupra propriului eu ca o modalitate de reverie halucinatorie de tip patologic prin care se satisfac, în plan imaginativ, dorințe și compensări afective. Procedând astfel, sindromul este redus la un simptom posibil al altor sindroame. În realitate, diagnosticul diferențial al autismului se efectuează prin raportarea la caracteristicile definitorii descrise mai sus și la departajarea lui de alte handicapuri psihice, mentale, senzoriale etc. În același timp, nu trebuie pierdut din vedere că fiecare subiect autist manifestă, într-o anumită măsură, abilități comportamentale într-un domeniu, în care alt caz este deficitar. Dihotomia caracteristicilor tipice în deficitare și normale sau aproape normale în unele compartimente ale activității impune un diagnostic diferențial nu numai raportat la alte handicapuri, dar și o delimitare și identificare a unicității cazului cu autism din multitudinea formelor posibile de aceeași categorie afirmând, chiar în această situație, evoluția irepetabilă de la nivelul persogenezei. Deci, desprinderea sindromului autist de manifestările autiste secundare din alte handicapuri presupune o prognoză corespunzătore și elaborarea unor programe educațional-recuperative adaptate la specificul acestui handicap complex, dificil și cu o simptomatologie variată.

Pentru a putea adopta inițial un diagnostic eficient în autism și pentru a-l departaja de alte tulburări ce prezintă unele simptome relativ asemănătoare (cum sunt cele din sindromul Asperger, sindromul Rett, sindromul Williams) este necesar să ne raportăm la trei aspecte principale ce caracterizează autismul alături de cele menționate mai sus:

1. *Dificultăți de stabilire a unor interacțiuni sociale*

a.dificultăți în utilizarea limbajului și a conduitei nonverbale (folosirea unei gestici sărace în timpul comunicării, evitarea privirii interlocutorului, exprimarea săracă sau absența mimicii, greutăți în a aprecia distanța la care se plasează față de ceilalți, folosirea de ton și inflexiuni vocale neadecvate);

b.dificultăți și lipsă de interes în stabilirea unor relații de prietenie cu alți copii de aceeași vârstă (se rezumă, de obicei, la stabilirea unor relații cu copiii mai mari sau cu adulții din familie, relativ mai ales relații bazate pe interese speciale, mari dificultăți în a se relaționa cu grupul sau colectivul);

c.evită împărtășirea impresiilor, a bucuriilor, a emoțiilor (adoptă activități solitare, se joacă singur);

d.nu manifestă reacții sociale și emoționale de reciprocitate (nu răspunde la ceilalți, este indiferent față de alții, nu manifestă interes pentru suferința altora).

2. *Dificultăți de comunicare*

a.nedezvoltarea vorbirii și incapacitatea aproape totală de a o utiliza (nu apar cuvinte până la 2 ani și nici propoziții până la 3 ani, iar când apar cuvinte ele sunt formulate neadecvat din punct de vedere gramatical);

b.apar dificultăți de a întreține o conversație (nu poate întreține un dialog ci doar o tendință de a vorbi continuu, poate răspunde parțial la întrebările ce îi sunt adresate direct);

c.folosește un limbaj repetitiv (apare o ecolalie prin repetarea a ceea ce aude, repetă ceea ce aude la TV, la radio etc. în momente nepotrivite și în afara contextului, repetă unele cuvinte, sintagme și fraze folosind un limbaj pedant, academic);

d.jocul nu este adecvat vârstei (jocurile simbolice cu jucării sunt sărace în acțiunile desfășurate, sporadic poate substitui un obiect prin altul pentru că jucăria este folosită într-un mod concret și nu imaginativ, nu manifestă un interes bine conturat pentru jocurile sociale).

3. *Comportamente și activități repetitive fără un interes ferm*

a.interesul este limitat la anumite subiecte (nu poate ignora o activitate sau subiect din aria lui de interese, poate fi interesat de subiecte neobișnuite pentru vârsta lui, de exemplu astrologia, are o memorie foarte bună pentru reținerea detaliilor dacă acestea fac parte din aria lui de interese);

b.persistă nejustificat și nerezonabil în a urma o anumită rutină familiară (execută anumite activități exact în aceeași ordine, se supără dacă apar schimbări minore în rutină, de exemplu schimbarea traseului pe care a mers anterior, simte nevoia de a fi avertizat când se produce o schimbare minoră, devine supărat, anxios, violent dacă rutina sau ritualurile nu sunt respectate cu exactitate);

c.preocupare exagerată pentru anumite părți ale obiectelor (manevrarea unor obiecte într-un mod neobișnuit, de exemplu închide și deschide repetitiv ușile mașinilor-jucărie, la fel ochii păpușilor, are preferință pentru obiectele în mișcare, manifestă interes și atașament exagerat pentru unele obiecte neobișnuite).

După cum se precizează în DSM-IV pentru a diagnostica un copil cu autism, el trebuie să prezinte cel puțin 6 din cele 12 simptome care se distribuie astfel: cel puțin două simptome din spectrul interacțiunii sociale, cel puțin un simptom din spectrul comunicării, cel puțin un simptom din spectrul comportamental și două din activitățile de expresie (manifestare) a unora din formele enunțate mai sus.

4. *Prognoză și recuperare*

Până în prezent nu au fost obținute rezultate deosebite în educarea autiștilor, ceea ce face ca prognosticul să fie mai mult negativ. Deși au fost făcute nenumărate încercări și la noi și în străinătate cu metode și tehnici diverse, procesul educațional-recuperativ nu a răspuns așteptărilor. Spre exemplu, în urma intervențiilor educaționale ale lui Kanner și Eisenberg asupra a 63 de copii cu autism, numai la 3 a fost obținută o ameliorare relativ bună, la

14 o îmbunătățire medie, iar la 46 rezultatele au fost slabe. Datele obținute de Rutter asupra a 64 de copii tratați la spitalul Maudsley din Londra, între anii 1950 – 1958), confirmă cele de mai sus. Astfel, din aceștia numai 17% au reușit să se integreze social și aveau un loc de muncă, 19% au reușit relativ să se integreze social fără să se poată desprinde de o protecție deosebită, iar 64% au rămas cu tulburări accentuate ce îi făceau dependenți de cei din jur. Și studiul longitudinal al lui Demyer (1971), desfășurat pe 85 de băieți și 35 de fete cu autism, consemnează rezultate asemănătoare. Autorul respectiv explică această situație prin faptul că numai 1-2% prezentau un diagnostic normal, 5-15% erau atipici și se apropiau de normalitate, 16-45% erau subnormali, ceea ce încuraja acțiunile de intervenție educațională, în timp ce 60-75% prezentau deficiențe severe, de unde un prognostic sumbru.

În acest context, sunt de subliniat câteva aspecte mai importante. ***Nivelul de achiziție a unui limbaj funcțional minim prezintă un indicator semnificativ pentru reușita recuperării și integrării sociale a subiectului autist. Strâns legat de limbaj este Q.I.-ul, care e deficitar proporțional cu afecțiunile de comunicare verbală. În fine, deși recuperarea în autism este centrată pe achiziția limbajului, dificultățile cele mai pregnante se înregistrează pe acest plan, dar intervențiile ce se fac nu pot fi desprinse din acțiunea complexă asupra tuturor palierelor activității psihice și comportamentale ale subiectului.***

În procesul educațional-recuperativ au fost experimentate și aplicate diferite programe mai mult sau mai puțin asemănătoare. Dat fiind dificultățile intervențiilor și absența progreselor în majoritatea cazurilor, inițial s-a pornit de la o schemă extrem de simplificată, pe principiul S→R care se reducea, în fapt, la un fel de dresaj ce nu era menit să valorifice potențialul psihic minim al subiectului. Unele rezultate obținute se bazau pe formula de reflexe condiționate și automatizări ca reacții de răspuns la o situație-stimul. Reacțiile de răspuns se pierdeau cu timpul dacă nu erau repetate continuu. În plus, subiectul nu putea elabora un răspuns adecvat la o situație nouă sau, mai ales, la un complex de stimuli. În acest contu. a fost dezvoltată cunoscuta metodă *Applied Behavioral Analysis* (ABA) care are la bază principiul clasic al condiționării aparente. Metoda respectivă vizează întărirea și formarea oricărui comportament pozitiv prin imitarea terapeutului/adultului, formarea abilităților de limbaj receptiv și expresiv, inițierea în unele activități de tip școlar și activități de

autoservire etc. durata terapeutică prin această metodă este relativ lungă, de circa doi ani sau mai mult cu activități derulate de 20-40 de ore pe săptămână. Pe timpul activităților sunt antrenați și părinții copiilor autiști în vederea dezvoltării abilităților de continuare a programului și în afara centrului terapeutic. În același timp, este indicat să se stabilească un contact activ între copiii autiști și copiii normali. Deși unele programe mai conțin și astăzi elemente bazate pe o asemenea schemă, ea a fost depășită în cele mai multe dintre acestea. Mai mult, se apreciază că orice program recuperativ nu trebuie să se adreseze exclusiv subiectului, ci în egală măsură și părinților/familiei acestuia, atât pentru a înțelege comportamentul autist, cât și pentru a asigura continuarea și consolidarea achizițiilor pozitive prin intervenții de calitate.

Vom prezenta, în continuare, câteva din aceste programe pe care le recomandăm practicienilor.

Mai întâi să ne referim la trei programe pe care Leblanc și Page le consideră că sunt menite să contribuie la obținerea unor rezultate semnificative într-un timp relativ scurt. Cele trei programe, la care ne referim mai jos, au în comun faptul că la ele participă părinții ce sunt antrenați de o echipă de terapeuți, ca ulterior aceștia să poată aplica programele destinate copilului autist.

Programul lui Lovaas și colaboratorii a fost elaborat ca urmare a unor cercetări anterioare prin care se urmăreau efectele condiționării asupra copilului psihotic și autist, de unde adoptarea fermă a punctului de vedere behaviorist. Astfel, părinții copiilor autiști erau antrenați în managementul tehnicilor de schimbare a comportamentului prin condiționarea operantă. Copiii cărora li se adresa acest program prezentau un autism sever și ei frecventau clinica Universității California din L.A. Probabil că autorii au recurs la această formă de program pentru că alte tipuri de intervenții nu au dat rezultate ca urmare a gravității tulburărilor.

În prima fază, prin programul respectiv se urmărea înlăturarea comportamentelor deficitare și achiziționarea unora pozitive (adaptative). Dintre comportamentele deficitare vizate erau cele care pun în pericol viața subiectului autist (cum sunt comportamentele de automutilare) sau a celor din jurul său (comportamente de agresiune). În faza a doua, se urmărea diminuarea hiperkineziei și amplificarea comportamentelor pozitive.

Condiționarea prevăzută în cadrul programului se baza pe aplicarea unui stimul neplăcut, atunci când subiectul avea un comportament nedorit. Aceasta presupune ca adultul antrenat în program să fie tot timpul în prezența copilului și să apeleze la capacitatea generală a acestuia de a învăța prin stimularea atenției, a interesului pentru activități inițiate și a imitației.

După îndeplinirea acestor cerințe se recurge la alte faze ale programului, adoptate în ordinea importanței apreciate de autori și anume: însușirea mijloacelor de comunicare, însușirea elementelor de autoîngrijire, cum ar fi îmbrăcatul, servirea mesei fără ajutor și a celor ce țin de socializarea nonverbală, cum este darea mâinii cu persoanele cu care vine în contact. Lovaas acordă o importanță deosebită achiziționării limbajului, ceea ce determină ca aceasta să ocupe o proporție de 80% din cadrul demersurilor programului. Astfel se apreciază că atunci când copilul autist reușește să comunice, el se situează într-o situație favorabilă față de majoritatea copiilor autiști care nu pot realiza aceste comportamente. Și în însușirea limbajului trebuie subliniat rolul pozitiv al imitației verbale, dar fără a exclude și alte mijloace ce pot fi utilizate, ca:

- acordarea unei recompense pentru fiecare vocalizare sau emitere de sunete;
- acordarea unei recompense atunci când subiectul reușește să producă aceeași formă verbală ca și terapeutul;
- acordarea unei recompense numai atunci când subiectul reușește să producă vocalizarea la un interval de 5 secunde față de vocalizările terapeutului;
- acordarea recompensei se face atunci când se imită al doilea sunet produs de terapeut după ce subiectul a reușit, anterior, să emită altul;
- acordarea recompensei se face în continuare, la al treilea sunet tocmai pentru a sublinia importanța discriminării fine.

Așa cum rezultă, prin acțiunile de mai sus se dezvoltă limbajul expresiv, iar în ceea ce privește limbajul receptiv, se recurge la imitarea gestuală și apoi, progresiv, i se cere subiectului să imite la comandă verbală.

Programul lui Rutter și colab. se deosebește de primul mai ales prin aceea că insistă mai mult pe reeducare și mai puțin pe urmărirea caracteristicilor înregistrate de subiecții autiști pe parcursul activităților respective. Programul a cuprins 16 copii tratați la clinica Maudsley din Londra. Condiția pentru a fi cuprins în program era ca fiecare copil să aibă un diagnostic de autism infantil precoce, să aibă un Q.I. de minim 60, după testele WISC sau după scala Merill-Palmer,

şi fără nici o tulburare neurologică sau senzorială. Prin îndeplinirea acestor condiţii se asigura o relativă omogenitate grupului experimental, dar de acest program nu putea beneficia majoritatea copiilor autişti, care nu pot îndeplini asemenea cerinţe. De unde şi rezultatele obţinute pentru acest program nu pot fi generalizate pentru că ele au confirmare doar pe copiii autişti cu o dezvoltare cognitivă peste medie.

Evaluarea copilului se completează cu informaţiile obţinute prin aplicarea unor chestionare adresate părinţilor, ceea ce îndeplineşte condiţiile de anamneză asupra cazului. Nu lipsesc nici datele bazate pe studiul dosarului din perspectivă medicală, psihologică şi psihiatrică contribuind astfel la o evaluare dinamică a evoluţiei copilului de la naştere până la momentul respectiv. Se vizează în mod deosebit sectoarele de dezvoltare generală cognitivă, cele comportamentale şi relaţionale, ca şi cele ale comunicării şi limbajului. În fine, nu sunt omise nici informaţiile ce pot fi obţinute prin observaţia sistematică când se uzează şi înregistrarea audio-video la domiciliu pentru a surprinde relaţia de interacţiune mamă-copil.

Programul conţine activităţile adaptate la fiecare caz în parte şi urmăreşte în principal formarea unor deprinderi de comunicare interpersonală. Atât acestea, cât şi celelalte componente vizate în cadrul programului – înlăturarea comportamentelor negative, formarea de comportamente de auto-îngrijire, determinarea de comportamente sociale, formarea de abilităţi academice – se bazează tot pe condiţionarea operantă ca şi în programul Lovaas. Ca întăritori pozitivi se foloseau, de obicei, activităţile plăcute şi încurajările sociale. Prin tehnica aşa numitei „intruziuni deliberate" (Rutter şi Sursenwein, 1971) se urmărea producerea relaţionării copilului cu adulţii odată cu întreţinerea unei atmosfere plăcute şi securizante. Tehnica respectivă trebuia folosită astfel încât să nu depăşească pragul de toleranţă la frustrare a copilului.

Programul lui Schopler şi colab. s-a desfăşurat pe copii de vârstă preşcolară şi a vizat nu numai copiii cu autism, ci pe toţi cei ce prezentau tulburări severe de comunicare. Programul a fost iniţiat încă din 1960 ca program-pilot al Universităţii din Carolina de Nord şi a evoluat cu timpul cuprinzând şi un instrument interesant de evaluare (Schopler şi Reichler, 1980) ce vizează sectoarele imitării motrice şi verbale, percepţia auditivă şi verbală, motricitatea globală, coordonarea oculo-manuală, dezvoltarea cognitivă nonverbală şi a celei verbale, permiţând, astfel, diagnosticarea afectivităţii, nivelului

de relaţie, de cooperare şi interes faţă de cei din jur, de joc şi interes pentru obiecte, a capacităţilor senzoriale şi de limbaj. Nu lipsesc din prevederile programului nici interviurile cu familia copilului menite să culeagă informaţii cu privire la istoria dezvoltării subiectului şi comportamentele sale specifice, a expectaţiilor şi stilului de viaţă al familiei.

Spre deosebire de cele două programe de mai sus, acesta are un pronunţat caracter pedagogic, deoarece, prin intermediul lui, se realizează o evaluare periodică a copilului pentru ca ulterior să se adopte măsuri de şcolarizare a acestuia la domiciliu sau de înscriere într-o şcoală potrivită posibilităţilor sale (clasă specială). Şi achiziţiile copilului,prin şcolarizare, sunt evaluate periodic pentru ca programul să poată fi modificat anual astfel încât învăţătorul şi părintele să cunoască demersurile ce trebuie parcurse în etapa următoare. Pe de altă parte, atât învăţătorii, cât şi părinţii au rol important în cadrul programului nu numai pentru intervenţia directă asupra copilului, ci şi pentru că prin colectarea datelor asupra programelor înregistrate ei pot sugera ce etape trebuie urmate în continuare.

Două aspecte sunt de subliniat: primul aspect se referă la faptul că până în prezent, cu toate eforturile depuse, nu s-a reuşit să se elaboreze o metodă recuperativă pentru autism unanim acceptată (ca de altfel nici un tratament medicamentos cu eficienţă sigură) şi care să asigure o recuperare general-normală pentru subiectul autist, iar al doilea aspect asupra căruia specialiştii manifestă consens are în vedere că intervenţiile educaţional-recuperative (ca şi cele medicale) puse în practică încă din perioadele timpurii de vârstă pentru copilul autist contribuie într-o măsură mai mare la înlăturarea unor comportamente deficitare şi dezvoltarea unor modalităţi acţionale adaptative la mediul înconjurător.

Capitolul XIII

SPECIFIC ŞI COMUN ÎN DIAGNOZA DIFERENŢIALĂ A RETARDULUI VERBAL ŞI A DISFAZIEI

Retardul verbal este un concept complex, în cadrul tulburărilor de limbaj, care înglobează toate formele de nedezvoltare ale limbajului, ca dezvoltarea lentă şi evoluţia sa, sub nivelul mediu sau cel mult minimal, raportat la standardele vârstei cronologice specifice normalităţii. Retardul verbal poate apărea pe fondul unui deficit mintal sau senzorial (mai ales în deficienţele de auz), pe fondul unei disfuncţionalităţi organice (cerebrale) sau de structură somatică (ex. aparatul fonoarticulator), pe fondul unui mediu socio-cultural neadecvat care nu stimulează dezvoltarea limbajului în perioadele (copilăriei timpurii) de constituire a acestuia. Aşadar, cauzele retardului verbal sunt extrem de variate şi ne vom referi la ele pe parcursul analizei noastre. Ne interesează mai mult diagnoza şi conţinutul sindromului de retard verbal, simptomatologia şi diagnoza lui, relaţia în contextul altor tulburări de limbaj şi implicaţiile acestuia asupra dezvoltării psihice a subiectului, posibilităţile de intervenţie educaţional-recuperative şi condiţiile ce trebuie îndeplinite pentru asigurarea unei evoluţii normale şi facilitarea unui progres continuu în achiziţia comunicării verbale.

1. Retardul verbal şi disfazia în condiţii de normalitate psihică

În acest prim subcapitol, analiza noastră se centrează pe retardul verbal, caracteristic persoanelor care nu prezintă alte tulburări asociate în afara celor de limbaj. Rezultă că retardul verbal nu poate fi asimilat conceptului de tulburări generale ale limbajului, el fiind un sindrom în cadrul acestora ce poate sau nu să cuprindă şi alte dereglaje verbale care, de obicei, sunt efecte secundare ale unei dezvoltări necorespunzătoare a limbajului. Astfel, în retardul verbal sunt frecvente dificultăţile de articulare a unui sunet sau a unui grup de sunete (dislalia mai mult sau mai puţin extinsă – polimorfă), aşa cum pot fi prezente unele tulburări de voce, de ritm şi fluenţă, iar mai târziu, în şcoală, manifestări ale dislexo-disgrafiei, dar care apar ca efect al dezvoltării deficitare a limbajului sau ca o consecinţă a unor cauze care au determinat, în primul rând, retardul verbal. Desigur, cele mai grave manifestări ale retardului verbal le întâlnim şi în alte deficienţe, cum ar fi cele mintale, de auz etc., sau într-o serie de sindroame de tip cerebral, în bolile psihice, în degenerescenţele bazate pe involuţie psihică generală ş.a. La nivelul limbajului, în retardul verbal sunt trei caracteristici esenţiale, care îl definesc şi îl departajează de alte tulburări (E. Verza, 2004):

- reproducerea cu dificultate a majorităţii cuvintelor ca întreg, chiar dacă pot fi emise în mod izolat;
- vocabularul este sărac atât din punct de vedere cantitativ (se limitează mai mult la cuvinte uzuale), cât şi calitativ (rar sunt folosite noţiunile abstracte şi generale);
- dificultăţi majore de frazare, de construcţie a enunţurilor, de organizare logico-gramaticală şi de susţinere a discursului verbal.

Asemenea manifestări de natură lingvistică se găsesc şi în disfazie şi alalie la care se adaugă, desigur, multe alte caracteristici. Astfel, forme de retard verbal se întâlnesc în disfazie şi alalie, dar acesta poate exista şi în afara altor tulburări, ca un sindrom conturat prin dimensiunea specifică a elementelor afectate. Dar, distincţia ce se face între retardul verbal şi alte tulburări este realizată, de cei mai mulţi autori, după gradul de severitate al tulburării. Spre exemplu, Aimard (1972) distinge retardul verbal simplu de tulburările grave de organizare a limbajului, în timp ce Launay şi Borel-Maisonny (1972) sunt de părere că în retardul verbal simplu, ca şi în disfazie, fenomenele principale privesc tulburările de achiziţie a limbajului, ca în afazia congenitală, audimutitate, infirmitate motorie cerebrală, surditate etc., acestea nu numai că sunt mai grave, dar sunt afectate toate laturile de natură lingvistică ale limbajului. F. Estienne (1989) apreciază că introducerea criteriului nivelului de gravitate a tulburării este util pentru activitatea practicienilor şi permite să deosebim un copil cu achiziţii verbale tardive faţă de unul ale cărui achiziţii sunt

fundamentale pentru constituirea structurilor de limbaj. Din această perspectivă, Şcoala franceză face distincţia între retardul „simplu" de limbaj şi alte forme ale fenomenului în care predomină deficitul organizării limbajului cu efecte negative în dezvoltarea structurilor lingvistice viitoare şi cu repercusiuni atât în plan cognitiv, cât şi în cel al adaptării sociale. Acelaşi autor recunoaşte că o asemenea clasificare, în retardul de limbaj simplu şi în retardul grav, ca în disfazie, în care dificultăţile organizării limbajului sunt majore, nu este decât arbitrară, deoarece diferenţele între formele grave şi cele discrete sunt greu de făcut. Apar şi alte dificultăţi, cum sunt cele ale lipsei unor probe-teste de limbaj suficient de elaborate pentru a pune în evidenţă diferenţele menţionate şi faptul că unele tulburări nu sunt decât manifestări ale unei disfazii, cum este disfazia ce se transpune în limbajul citit-scris şi pe care o numeşte o „disfazie scrisă".

Opus acestor autori, Lapierre şi Aucouturier (1975), Chassagny (1977), Haley (1979) şi Rothenberg (1979) nu consideră necesară o clasificare a retardului verbal şi nici o diagnoză riguroasă, pentru că orice tulburare de limbaj nu se manifestă în mod izolat ci într-un context relaţionând cu toate celelalte. O abordare de acest gen prezintă dezavantajul că devine dificilă adaptarea unei metodologii educaţional-recuperative diferenţiate care să asigure particularizarea terapiei în funcţie de specificul cazului abordat. Desigur, nici exagerarea primului punct de vedere nu este totdeauna benefică, deoarece există riscul unor restrângeri ale sindromului în detrimentul manifestărilor esenţiale şi definitorii ale fenomenului respectiv.

Dincolo de aceste opţiuni, problema diagnozei, pe de o parte, a retardului verbal ca atare, şi pe de altă parte, a evidenţierii diferenţelor dintre nivelul deficienţelor în retardul verbal şi al celor ce apar în disfazie rămâne dificilă, deoarece lipsesc reperele precise la care să ne raportăm şi mijloacele adecvate de măsurare riguroasă a achiziţiilor şi structurilor din planul limbajului. În genere, testele pentru limbaj sunt limitate, iar cele care există nu sunt adaptate şi validate pentru asemenea situaţii. Pentru a putea să depăşim astfel de dificultăţi nu trebuie să recurgem numai la testele standardizate, ci şi la culegerea unor informaţii cu privire la conduitele verbale ale subiectului în relaţie cu cei din jur, la surprinderea capacităţii de expresie şi impresie verbală, a nivelului de achiziţie în plan verbal pe care le raportăm ulterior la populaţia normală de aceeaşi vârstă. În felul acesta, vom avea date despre posibilităţile subiectului de exprimare corectă, despre bogăţia vocabularului, calitatea noţiunilor

exprimate, capacitatea de frazare şi de exprimare logico-gramaticală, nivelul de înţelegere ş.a.

Atunci când sunt luate în considerare numai fenomenele caracteristice ce aparţin sindromului ca atare de slabă achiziţie a limbajului, fără alte deficienţe, unii autori îl numesc tot retard verbal „simplu", apreciind că în felul acesta se poate face distincţia între dificultăţile de la acest nivel şi cele ce sunt, în esenţă, asemănătoare, dar pe un fond de asociere cu alte sindroame, cum ar fi cel de disfazie, alalie, deficienţă de intelect, deficienţă de auz etc. Dar aşa numitul retard simplu are grade de dificultate, şi în anumite cazuri el poate fi la fel de complex ca şi în situaţiile de apariţie a acestuia pe fondul altor deficienţe. De unde, denumirea de „simplu" este improprie şi ea nu reuşeşte să sugereze diferenţele specifice în situaţiile date. Dacă termenul de simplu se aplică pentru toate cazurile de retard verbal uşor şi moderat, indiferent că acesta se prezintă de sine stătător sau pe fondul altor deficienţe, atunci el este perfect utilizabil pentru exprimarea gradului de afectare verbală. Aceasta cu atât mai mult cu cât avem în vedere că există o serie de manifestări comune în toate formele de retard verbal aşa cum apar şi unele aspecte specifice pentru retardările limbajului determinate de sindroamele unor deficienţe. Din această perspectivă, nouă ni se par cele mai edificatoare manifestările din cadrul retardului verbal ca sindrom şi cele prezente pe un fond disfazic. Astfel, prezentarea, în paralel, a aspectelor comune şi a celor specifice pentru sindromul de retard verbal şi pentru cel disfazic poate contribui nu numai la îmbogăţirea cunoştinţelor, dar şi la elucidarea unor probleme de diagnoză diferenţială.

Prin urmare, retardul verbal constă într-un decalaj înregistrat la nivelul general al achiziţiei limbajului în raport cu evoluţia normală vis-a-vis de vârstă în formarea şi dezvoltarea conduitelor verbale. Bazându-ne pe o asemenea definiţie, avem posibilitatea să apreciem şi să diagnosticăm retardul verbal încă din copilăria timpurie, astfel încât, încă de la vârsta de 2 ani, să putem face o evaluare predictivă relativ corectă. Este important de reţinut că în perioadele de vârstă în care au loc achiziţiile pe plan verbal, cum sunt vârstele antepreşcolarităţii şi preşcolarităţii, manifestările retardului verbal sunt mai uşor de raportat la cronologia obişnuită a achiziţiilor. ***Sunt uşor de apreciat, în aceste perioade, trei aspecte care circumscriu retardul verbal: dificultăţile de exprimare, de înţelegere şi vocabularul limitat (de obicei, numirea obiectelor familiare din imediata apropiere).*** Dacă ne raportăm la vârsta

cronologică a copilului, cele trei aspecte deficitare, specifice retardului verbal, pot fi rezumate la următoarele:

- **vocabularul limitat** constă în folosirea unui număr redus de cuvinte, spre deosebire de copilul normal, la care primele cuvinte apar la 10-12 luni (în medie), iar la copilul cu retard verbal, ele apar în jurul vârstei de 2 ani şi chiar mai târziu, în funcţie de gravitatea acestuia. În acelaşi timp, la copilul cu retard verbal, se constată că utilizarea propoziţiilor, şi mai ales a frazelor, se realizează prin alăturarea a două sau a mai multor cuvinte, fenomen ce se produce în jurul vârstei de 3 ani sau chiar mai târziu, deşi se ştie că, în mod obişnuit aceasta are loc la 12-15 luni. Folosirea pronumelor, în mod deosebit a pronumelui „eu", ca şi a cuvintelor de legătură, se produce, relativ frecvent, la copilul normal, pe la 3 ani, în timp ce la cel cu retard verbal, fenomenul se constată cu o întârziere de un an sau chiar mai mult. Copilul cu retard verbal nu foloseşte pluralul în mod obişnuit, ci doar întâmplător, iar stilul îmbracă o formă telegrafică, prin lipsa cuvintelor de legătură şi juxtapunerea cuvintelor. Lipsesc, de asemenea, articolele şi pronumele posesive, conjugarea este imprecisă şi verbalismul, chiar dacă este exagerat, face şi mai dificilă înţelegerea vorbirii de către cei din jur, plasându-se, într-o situaţie similară pe acest plan cu cei care folosesc mai puţine cuvinte dar au o gestică bogată, receptată, totuşi, bine de cei din anturaj;
- **înţelegerea limitată** are o situaţie privilegiată, cu toate că este deficitară, pentru că apare fenomenul de obişnuire a copilului cu cei din jur cu care comunică mai mult, iar în unele situaţii (dacă nu prezintă şi alte retarduri) le deduce din contextul extralingvistic. Dificultăţile sale se pot sesiza uşor în cazul când apar cuvinte abstract-generale, când este pus în situaţia de a descifra înţelesul figurativ al unor cuvinte, al metaforelor, al cuvintelor cu mai multe înţelesuri, şi mai cu seamă, a noţiunilor care exprimă spaţialitatea şi temporalitatea;
- **exprimarea deficitară** a copilului cu retard verbal se concretizează în dificultăţile acestuia de a emite corect toate sunetele limbii, atât în mod izolat, cât mai ales în cuvinte. Se depăşeşte perioada dificultăţilor de pronunţie fiziologică şi, treptat, se intră în dislalia propriu-zis logopedică sau defectologică după vârsta de 3-3 ½ ani (E. Verza, 2003). La baza dificultăţilor de pronunţie şi de exprimare corectă stau şi alte aspecte, cum sunt cele ce privesc auzul fonematic sau fizic deficitar, influenţa defavorabilă a mediului în care trăieşte copilul, modelele negative pe care le imită etc.

În toate formele de retard verbal apar şi dificultăţi de motricitate ce transpar frecvent în lipsa de precizie şi de coordonare optimă a mişcărilor. La copilul mic, chiar mersul apare cu întârziere şi ulterior schema corporală se fixează cu dificultate, ceea ce duce la confundarea părţilor corpului, la o slabă orientare în pagină la desen sau la scris, la un scris rigid, ca urmare a manipulării crispate a instrumentului de scris. Tulburările de afectivitate ce însoţesc, de obicei, retardul au şi efectul de amplificare a acestuia prin tensionarea psihică a subiectului şi prin instalarea tendinţei de evitare a intrării într-un contact de comunicare cu cei din jur.

Spre deosebire de retardul verbal, caracteristic disfaziei, alaliei, autismului, deficienţelor mintale şi senzoriale (de auz, în special), retardul pe fondul normalităţii psihice are tendinţa de a dispărea relativ spontan, mai cu seamă odată cu intrarea copilului în şcoală. Cl. Launay (1965) face referiri pe bază de observaţii, la cazuri interesante de copii la care se înregistrează o îmbunătăţire substanţială a comunicării şi o revenire la normal în planul acesteia, odată cu intrarea copilului în şcoală şi antrenarea lui într-un sistem fluent de comunicare. De la această regulă sunt şi excepţii pentru că rămân mulţi copii cu dificultăţi de comunicare în continuare, mai ales când retardul verbal este accentuat şi antrenează dificultăţi şi în alte sectoare ale activităţii psihice ce îl întreţin sau chiar îl agravează. Tocmai aceste fenomene sunt cele care facilitează dificultăţile de achiziţie a cunoştinţelor şi de formare a deprinderilor de comunicare fluentă cu efecte nemijlocite în realizarea performanţelor şcolare şi, ca atare, determină insuccese sau chiar instalarea unor tulburări de limbaj stabile, dintre care, dislexo-disgrafia are o semnificaţie negativă aparte.

În literatura de specialitate, pentru a face diagnoza diferenţială între retardul „simplu" şi celelalte forme, se obişnuieşte şi excluderea apariţiei primului pe un fond, sau în asociere cu o patologie medicală, a deficitului senzorial, a celui motor grav, a celui de intelect etc. în care etiologia acestor patologii influenţează indirect retardul verbal, el fiind de fapt, un efect al unei deficienţe mult mai grave. Trebuie avut în vedere şi faptul că un retard „simplu" care durează mai mult timp, peste 6-7 ani, se agravează şi devine tot mai complex pentru că achiziţiile verbale scăzute şi lipsa antrenamentului

verbal nu contribuie la dezvoltarea normală a limbajului şi la stimularea capacităţilor lingvistice. Rezultă, aşadar, că pentru a evita eventualele erori în diagnoza retardului verbal, examinarea subiectului trebuie să cuprindă:

- examenul medical general, cu accent pe cel neurologic, ORL şi neuromotor;
- examenul psihologic, prin aplicarea unor teste de evaluare a capacităţii mintale şi a aptitudinilor de învăţare;
- examenul mediului de viaţă, social-cultural, favorabil/nefavorabil, stimulativ/nestimulativ nu numai pentru limbaj ci şi pentru echilibrul psiho-afectiv al subiectului;
- examenul logopedic ce vizează nivelul limbajului, calitatea expresiei şi impresiei limbajului, a interesului subiectului pentru achiziţiile lingvistice, a capacităţilor sale lingvistice şi de integrare a conduitelor verbale în comportamentele general-umane.

Pe baza acestor demersuri, vom stabili nivelul de dezvoltare a limbajului şi a tulburării acestuia, gravitatea elementelor lingvistice afectate, cauzele care au determinat situaţiile respective şi tipurile de intervenţie recuperative din perspectiva psihologică şi logopedică. Toate aceste date le vom obţine prin trei metode principale:

1. **Observaţia** vizează atât comportamentul general al subiectului, cât şi al celui lingvistic. În acest sens, copilul este observat în activităţile de joc şi de relaţionare cu cei din jur. Se urmăreşte, de asemenea, comportamentul verbal al copilului cu mama sau cu cei ce se îngrijesc de el. Mai cu seamă, se au în vedere formele limbajului utilizat, bogăţia vocabularului, măsura în care limbajul verbal este stimulativ şi cât de preocupaţi sunt cei din anturajul copilului de dezvoltarea vorbirii sale. O atenţie deosebită se acordă comunicării afective cu suport în susţinerea copilului şi în atenuarea negativismului faţă de vorbire. Observaţia poate fi completată cu înregistrări audio, pentru a facilita analiza exterioară a capacităţilor lingvistice ale copilului şi compararea nivelului verbal atins de acesta cu subiecţii de aceeaşi vârstă pentru a stabili măsura abaterii de la normalitate.
2. **Dialogul** cu copilul este menit să-l solicite pe acesta să se antreneze într-o comunicare verbală cât mai extinsă. Se va insista pe discutarea unor subiecte plăcute şi care stârnesc interesul copilului, dar dându-i, totodată, posibilitatea să aibă

iniţiativa discuţiei fără să fie frecvent întrerupt sau corectat, când exprimarea nu este cea mai fericită. Mai mult, când întâmpină dificultăţi de exprimare sau de înţelegere, el poate fi ajutat de specialist şi încurajat pe tot parcursul dialogului.
3. **Interviul** este menit să ducă la obţinerea unor informaţii suplimentare despre copil şi se adresează mamei sau părintelui preferat de acesta. El vizează antecedentele personale ale subiectului şi ale celor familiale, cum ar fi, în special, istoria sarcinii şi a naşterii, evoluţia fizică şi psihică, evoluţia limbajului şi a comportamentului relaţional în familie, situaţia materială şi culturală a familiei, nivelul încadrării copilului în colectivitate (creşă, grădiniţă, şcoală), eventualele antecedente ereditare, bolile şi eventualele accidente traversate de copil. Este important să ne formăm o părere, chiar şi sumară, asupra preocupărilor şi posibilităţilor educaţionale ale familiei, măsura în care membrii familiei sunt interesaţi de urmarea unui program educaţional-recuperativ de către copil.

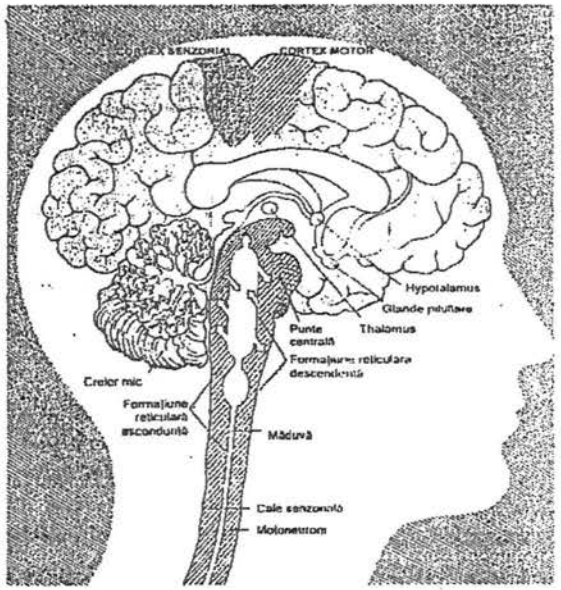
Aşa cum am mai precizat, demersurile respective nu îi scutesc pe specialişti de a aplica subiectului o serie de probe pentru evaluarea precisă a nivelului limbajului şi a gravităţii abaterii acestuia de la normalitate. De aici, şi predicţia capacităţilor de învăţare şi de relaţionare ale subiectului.

Etiologia retardului verbal nu poate fi neglijată; ea trebuie cunoscută atât pentru a putea fi evitată pe cât este posibil, dar şi pentru a putea adopta o metodologie educaţional-recuperativă care să nu se reducă numai la înlăturarea simptomelor, ci să înlăture cauzele ce întreţin handicapul. De altfel, în funcţie de etiologie, avem posibilitatea să apreciem, cu mai multă precizie, şi nivelul afecţiunilor produse şi efectele ce se produc prin intermediul programelor recuperative. Literatura de specialitate consemnează faptul că cei mai mulţi autori nu se rezumă la citarea unui singur factor implicat în producerea retardului verbal, deoarece fenomenul este dintre cele mai complexe şi se produce în urma unor multiple cauze ce se găsesc într-o asociere care acţionează pe un fond de fragilitate a individului. Dintre aceşti factori, ni se par mai importanţi şi frecvenţi următorii:

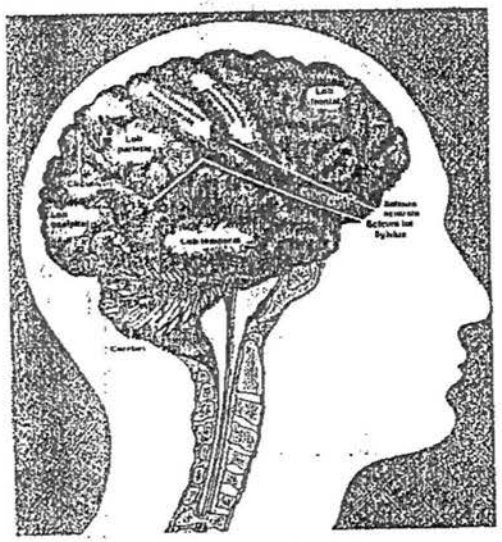
1. **Factorii ereditari şi constituţionali** privesc pe acei subiecţi care prezintă o fragilitate genetică sau care manifestă o fragilitate dobândită de timpuriu, având la bază, fie o maladie infantilă, fie o relaţie deficitară cu mama. Aceste fenomene pot produce efecte negative în plan verbal şi mai târziu, la puberi

şi adolescenţi, unde apar urme sau manifestări prezente ale tulburărilor de limbaj. Dar aceşti factori nu sunt uşor de evidenţiat; în cele mai multe cazuri, ei se supun unei evaluări ipotetice şi cumulării sau asocierii cu alte cauze.

2. **Factorii neurologici** se concretizează într-o patologie cerebrală, descrisă de unii autori prin termenii de „disfuncţie cerebrală minimă" sau prin „leziuni cerebrale minime", „sindrom hiperkinetic" (Dopchie, 1958; Willems, 1979). Această patologie cerebrală poate fi determinată de accidentele de la naştere cu provocări de traumatisme cerebrale, de prematuritate şi dismaturitate ce pot influenţa negativ şi dezvoltarea sistemului nervos superior etc. Când se instalează astfel de deficite, ele se repercutează şi asupra achiziţionării limbajului şi elaborării structurilor lingvistice corecte.
3. **Factorii socio-culturali şi de mediu** cuprind situaţiile defavorizante în care trăiesc unii copii ce nu facilitează o dezvoltare bună a limbajului. Aşa sunt copiii care nu beneficiază de un mediu lingvistic stimulativ, unde comunicarea verbală este săracă şi limitată la forme verbale rigide cu folosirea stereotipă a unor expresii sau prin utilizarea unui limbaj neelevat. Copiii instituţionalizaţi şi cei din familiile cu un nivel socio-cultural redus nu au posibilitatea să vină în contact cu modele lingvistice avansate, tocmai în perioadele timpurii ale vârstei, când şi achiziţiile verbale sunt mai intense. Unii autori (S. Borel-Maisonny şi Cl. Launay, 1972) invocă, ca factor defavorizant, şi bilingvismul timpuriu, până la 3 ani, care poate duce la o interferenţă a deprinderilor fragile verbale, ceea ce îngreunează achiziţia limbajului sau chiar poate provoca tulburările acestuia. Alţi autori (F. Estienne, 1989) remarcă contradicţia ce apare între mediul familial cult şi stimulativ în care se dezvoltă bilingvismul şi limitarea achiziţiilor verbale, pentru că unităţile lingvistice din diferitele limbi se însuşesc cu uşurinţă tocmai de timpuriu.
4. **Factorii afectivi** pot deveni şi ei o frână în calea dezvoltării limbajului sau pot chiar provoca diferite tulburări ale acestuia, atunci când apar trăiri emoţional-afective cu caracter de stres din cauza unei mame exagerat de protectoare sau prea respingătoare. În cazurile acestea, nu se stimulează dorinţa copilului de a învăţa şi curiozitatea de cunoaştere. Lipsa echilibrului interior duce la dezorganizarea generală a activităţii şi a comportamentului subiectului şi, indirect, la antrenarea constantă într-un sistem relaţional de comunicare. În acelaşi timp, o slabă dezvoltare a limbajului sau existenţa tulburărilor de limbaj determină dezordini la nivelul stărilor emoţionale, cum ar fi: agitaţia, agresivitatea şi negativismul în stabilirea contactelor comunicaţionale ce ulterior întreţin fragilităţile verbale şi lipsa de interes pentru dezvoltarea structurilor lingvistice. În structurile afective negative rămân cele mai evidente, pe acest plan, stagnarea şi regresia în evoluţia normală a limbajului. Cum funcţionalitatea activităţii psihice, inclusiv a limbajului depinde de integritatea centrilor nervoşi, orice abatere sau afecţiune la un nivel dereglează un întreg lanţ somatic şi comportamental.



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990



Sursa: Charles Hampden-Turner, 1990

5. **Factorii intelectivi şi senzoriali** se pot constitui şi ei într-o frână a evoluţiei normale a limbajului, dacă nu ating un anumit prag sau un nivel al dezvoltării. În deficitul de intelect sau senzorial (mai cu seamă cel de auz) subiectul nu poate înregistra progrese evidente şi rapide în achiziţia limbajului şi nici în corectitudinea exprimării sau a folosirii unor structuri lingvistice complexe. În deficienţele mintale, odată cu înaintarea în vârstă a subiectului, decalajul verbal este tot mai evident, comparativ cu normalul pentru că stagnările şi regresele devin cu timpul tot mai evidente. Fenomenele sunt relativ asemănătoare şi în cazul deficientului de auz, dacă acesta nu beneficiază de un program eficient de demutizare. Şi la deficientul de văz apar unele dificultăţi legate, mai ales, de însuşirea corectă a articulării (ca urmare a nivelului scăzut în imitarea mişcărilor aparatului fonoarticulator), dar ele pot fi

compensate de auzul bun. În genere, în deficienţele mintale şi senzoriale, retardurile verbale din copilăria mică sunt deosebit de extinse în care este afectată atât latura de expresie, cât şi cea de impresie a limbajului.

Cl. Launay şi S. Borel-Maisonny (1972) sunt de părere că adeseori retardul verbal apare ca urmare a insuficienţei lingvistico-speculativă, înţelegând prin aceasta existenţa unei inaptitudini congenitale pentru limbaj. De aici, o incapacitate lingvistică în care organizarea globală a relaţiei gândire-limbaj nu permite copilului să se adapteze în mod optim la formele de comunicare din anturajul său, pentru că are dificultăţi în exprimarea gândurilor. Desigur, aceasta este o situaţie general valabilă, dar nu ştim cât de mult se datorează unei inaptitudini congenitale, deoarece fenomenul poate avea multiple cauze, cum ar fi lipsa antrenamentului verbal, deficitul de gândire, mediul lingvistic scăzut etc., şi nu credem că este o caracteristică de specificitate (definitorie) pentru retardul verbal; ea este prezentă în nenumărate forme de involuţie psihică.

Una din dificultăţile pregnante în departajarea sindromului de retard verbal de o serie de fenomene similare este determinată de faptul că, în cazurile de asociere a acestora cu alte tulburări, se insistă exagerat pe latura de nedezvoltare a limbajului şi se pierde din analiză tocmai conţinutul major al tulburării. Din acest punct de vedere, ***confuziile cele mai frecvente se produc între sindromul de retard verbal şi mănunchiul de manifestări din disfazie.*** Aceste considerente, pe care le-a avut în vedere şi Dupré, au dus la diferenţierea retardului verbal, ca sindrom de sine stătător, de o serie de manifestări cu caracter simptomatic specific disfaziei. Autorul respectiv introduce sintagma de „disabilităţi de limbaj", ce este mai apropiată de definirea disfaziei şi care presupune prezenţa unui factor constituţional ereditar, dar fără a exclude şi determinări bazate pe întârzieri parţiale în apariţia şi dezvoltarea vorbirii, o capacitate redusă în imitarea vorbirii corecte, o anxietate şi o teamă în utilizarea vorbirii. Acest fenomen este mai frecvent la băieţi decât la fete, iar Arnold crede că antecedentele paterne sunt mai puternice decât cele materne. Luchsinger insistă pe o simptomatologie de tip afazic ce caracterizează o formă de disfazie constituţională în care sunt afectate toate formele vorbirii şi care persistă, în anumite limite, mult timp în viaţa subiectului, fapt ce îşi pune amprenta pe evoluţia ulterioară a limbajului. De altfel, disfazia este mai puţin cercetată, şi în literatura de specialitate nu se remarcă un consens nici chiar în definirea ei.

Pentru cei mai mulţi autori de limbă franceză (Ajuriaguerra, 1965; Rigault, 1969-1970; Inhelder, 1963) disfazia exprimă o tulburare funcţională a limbajului, fapt pentru care acesta se elaborează tardiv şi imperfect, iar pentru autorii de limbă germană, disfazia se reduce la deficitele de limbaj, asociate cu infirmitatea motorie cerebrală. F. Estienne (1989) defineşte disfazia printr-un „deficit de limbaj care se manifestă, în principal, începând cu 6 ani în formarea unei neorganizări a limbajului în evoluţie care se poate repercuta în limbajul scris, sub aspectul unei dislexo-disgrafii, la subiecţii, de altfel, normal dezvoltaţi, fără insuficienţe senzoriale, motrice, nici fonatorii, dar dotaţi cu o structură mentală particulară, care împiedică accederea inteligenţei la stadiul analitic".

Ajuriaguerra (1965) diferenţiază disfazia de retardul verbal, prin trei caracteristici definitorii ce au stat, de altfel, şi la baza definiţiei lui Estienne. Acestea se referă la:

a. **Planul lingvistic**, ocazie cu care se remarcă faptul că organele fonatorii sunt normale, ceea ce permite achiziţia corectă a fonemelor şi, ca urmare, nu apar tulburări de articulare. În disfazie, nu apare un deficit auditiv de tip fizic, dar înregistrează dificultăţi ale percepţiei audio-verbale şi aceasta duce la o incapacitate de reproducere corectă a mai multor silabe fără semnificaţie şi, în final, a elementelor fonetice ale cuvintelor. Disfazicul are dificultăţi de sinteză şi de stăpânire a structurii logice, înţelege greu noţiunile abstracte şi, în genere, limbajul, în ansamblul său. Exprimarea este simplă şi imprecisă, cu folosirea unor structuri sintactice caracteristice unui copil normal mai mic, faţă de disfazic cu aproximativ 4-5 ani. În povestire predomină enumerarea şi descrierea, prin folosirea de fraze simple şi o slabă coerenţă a discursului verbal.

b. **Planul organizării psihice** se concretizează prin prezenţa dificultăţilor în domeniul structurării spaţiale, a desfăşurării ritmice a vorbirii şi chiar a manifestării actelor psihomotrice.

c. **Planul organizării afective şi sociale** denotă dizarmonie evolutivă pe fondul unor manifestări anterioare cu o organizare nevrotică sau chiar psihotică a personalităţii. După părerea lui Ajuriaguerra, există o relaţie pertinentă între gravitatea disfaziei şi structura afectivă a subiectului, ceea ce determină dificultăţi majore în organizarea comportamentelor general-umane.

Din punctul nostru de vedere, la toate aceste aspecte, care trebuie luate în consideraţie în diagnoza disfaziei şi diferenţierea ei de retardul verbal „simplu" sau mai grav, este absolut necesar să mai adăugăm unele precizări. În analiza retardului verbal şi parţial în disfazie, accentul cade pe tulburările de expresie verbală. Desigur, ele sunt importante şi nu pot fi trecute cu vederea, dar pentru disfazie, trebuie să acordăm o atenţie deosebită faptului că ea este, în principal, ***o tulburare de simbolizare ce se manifestă printr-o slabă capacitate a disfazicului de a forma şi dezvolta, de a achiziţiona şi reproduce concepte, în relaţie cu vorbirea.*** De aici, rezultă şi ceea ce remarcă majoritatea autorilor, şi anume că fenomenul disfazic se manifestă, cu pregnanţă, în jurul vârstei de 6 ani şi ulterior.

Etiologia nu ne ajută prea mult în diagnosticul diferenţial, deoarece, în linii generale, cauzele disfaziei sunt relativ similare cu cele din retardul verbal. Totuşi, şi aici se poate face precizarea că, ***în disfazie, tulburările caracteristice sunt agravate de anomaliile zonelor de asociaţie ale creierului ce sunt mai evidente ca în alte cazuri de acest gen.***

În concluzie, cele două tulburări, retardul verbal şi disfazia, se pot diferenţia, respectând criteriile de evaluare a limbajului expresiv şi impresiv pe care le-am amintit într-un material anterior (E. Verza, 2004), la care vom adăuga analiza pertinentă a tuturor aspectelor etiologice şi simptomatologice, evidenţiate în lucrarea de faţă, fără a neglija disfuncţiile ce apar, atât în retardul verbal, cât şi în disfazie, în diferitele paliere ale activităţii psihice.

2. Retardul verbal în deficitul de intelect

Toate aspectele evidenţiate în subcapitolul anterior cu privire la retardul verbal şi al relaţiei acestuia cu disfazia se regăsesc şi în deficienţa de intelect, cu o simptomatologie generată de vidul mental şi de etiologia determinantă care a influenţat structurile neuropsihice în condiţiile date. La aceste caracteristici se adaugă şi o fenomenologie rezultată din particularităţile de structură anatomică şi psihică, specifică deficienţei respective şi pe care o vom evidenţia în continuare.

Formele cele mai accentuate ale tulburărilor de limbaj se întâlnesc în deficienţa de intelect, şi cum acesta are grade diferite, de la uşor şi lejer la sever şi profund, dificultăţile de limbaj se prezintă pe o ierarhie foarte diversă şi complexă. Retardul verbal ocupă un loc

central pe această scară şi are implicaţii extinse, atât în desfăşurarea activităţii psihice generale, cât şi a comportamentelor adaptative. De altfel, capacitatea de comunicare şi realizarea limbajului (verbal şi neverbal) dau expresie unei forme comportamentale în care adaptările sau neadaptările la mediul înconjurător sunt foarte precise şi delimitează locul subiectului printre semenii săi.

Deficienţa de intelect se estimează în raport de două componente fundamentale, de deficitul în funcţionarea capacităţii intelectuale şi de dificultăţile existente în comportamentul adaptativ. Capacităţile de comunicare ocupă unul din locurile centrale în exercitarea comportamentelor adaptative de o anumită calitate. Tocmai din aceste motive, capacităţile verbale respective nu pot lipsi dintr-o evaluare riguros ştiinţifică a comportamentului adaptativ. Dar în analiza capacităţilor de comunicare trebuie considerate componentele fonetice şi fonologice, cele ce ţin de semantica structurală şi semantica lexicală, de morfologie, ca şi de sintaxa şi de pragmatica limbajului (J.A.Rondal şi colab. 1997), din care să rezulte cu claritate aspectele productive şi receptive pentru categoria de subiecţi analizaţi, ca în final să se poată evalua capacitatea funcţionării lingvistice, raportată la vârsta cronologică şi mintală, la nivelul de educaţie şi socializare, la potenţialul compensativ-recuperativ şi la prognoza activităţilor de terapie logopedică.

Apariţia întârziată a vorbirii constituie, pentru Mariana Roşca (1967), „indiciul cel mai evident al dezvoltării anormale a copilului", afirmaţie ce o bazează pe faptul că la copilul normal, pronunţia primului cuvânt se produce la vârsta de 1 an, în timp ce la cel cu deficienţă mintală, are loc la 2 ani, iar vorbirea sub forma unor propoziţii simple se produce, în primul caz, la 1,7 ani şi în cel de-al doilea caz, la 3 ani. De aici şi constatarea autoarei că limbajul copilului cu deficienţă mintală se dezvoltă cu întârziere în toate formele sale, iar vorbirea este cu atât mai afectată, cu cât deficienţa este mai accentuată. Pe măsură ce evoluează vorbirea, se instalează şi o gamă variată de tulburări ale limbajului. În acest context, este evocată şi ideea vehiculată, printre alţi autori, de Esquirol şi Binet, potrivit căreia nivelul de dezvoltare a limbajului poate fi adoptat ca un criteriu pentru diagnoza şi diferenţierea gradelor deficienţei de intelect, dar cu condiţia să fie evaluată atât capacitatea expresivă, cât şi cea impresivă a limbajului.

O primă întrebare, care se poate pune, este aceea dacă există o legitate, un paralelism între retardul cognitiv şi retardul limbajului.

Întrebarea apare din constatarea empirică că în unele cazuri de deficienţă mintală, capacitatea productivă a limbajului se manifestă în limite acceptabile, dar este afectată posibilitatea formulării şi construcţiei logico-gramaticale, ca şi recepţia limbajului. Unii subiecţi cu deficienţă mintală devin chiar logoreici şi recurg la un accentuat verbalism, fără o susţinere semantică (E. Verza, 1973). Desigur, într-o asemenea „productivitate verbală" există şi multe dificultăţi de pronunţie şi de fluidizare a vorbirii în paralel cu manifestarea aleatorie a unor mijloace prozodice adaptate conţinutului comunicării verbale. De aici, rezultă că pentru o diagnoză a retardului verbal, în condiţiile deficienţei de intelect, trebuie să depăşească aspectele pur cantitative ale producţiei verbale şi să se reconsidere cele calitative şi de impact major în interrelaţionarea individului cu cei din jur, fapt ce dimensionează nivelul adaptării.

Pentru **nivelul fonetic şi fonologic**, literatura de specialitate consemnează puţine informaţii referitoare la deficienţii de intelect. Din ceea ce se ştie, rezultă că nu sunt diferenţe semnificative între emisiunile vocale ale copiilor normali şi ale celor cu deficienţă, cel puţin pentru primele luni de după naştere. Dar, la copiii cu deficienţă mintală, primele cuvinte apar cu o întârziere de 2-3 ani, ceea ce înseamnă un nivel limitat al producţiei verbale, care se menţine sau chiar se accentuează la vârstele ulterioare, faţă de evoluţia acestei caracteristici la subiecţii normali.

Dezvoltarea fonologică a deficienţilor de intelect moderat şi sever este incompletă, deoarece fonemele şi combinaţiile cu un caracter complex nu pot fi realizate, articularea lor cantonându-se undeva la un nivel infantil inferior (Ryan, 1975). Rondal (1975) estimează, pentru aceeaşi categorie de subiecţi, că ponderea tulburărilor de limbaj se situează între 50 şi 75%, iar pentru copiii cu deficienţă lejeră, ponderea tulburărilor de limbaj este de 8-9%, faţă de 5 %, cât este la copiii normali.

În plan structural, datele existente nu înregistrează diferenţe între copiii normali şi cei cu deficienţă, astfel că dezvoltarea fonologică prezintă o evoluţie similară la cele două categorii de subiecţi, în sensul că ordinea de apariţie a fonemelor este aceeaşi, de la cele simple la cele complexe, iar tipurile de erori sunt şi ele identice (Rondal şi Lambert,1982).

Pentru demonstrarea **nivelului lexical** al subiectului, se impune nu numai analiza producţiei verbale, dar şi a cuvintelor înţelese. Din această perspectivă, s-a constatat că atunci când subiecţii

handicapaţi şi cei normali sunt grupaţi şi comparaţi în funcţie de variabila **vârstă cronologică**, apar diferenţe semnificative între cele două loturi, iar atunci când se aplică variabila vârstă mentală, diferenţele tind să dispară sau să se reducă evident, chiar dacă printre deficienţi sunt şi subiecţi cu handicap sever. Astfel, vocabularul uzual utilizat de handicapaţi se apropie de cel al normalilor, rămânând, în schimb, deficitară capacitarea de a face abstractizări şi generalizări, fapt ce semnifică retardarea mentală şi verbală. Dificultăţile de înţelegere a cuvintelor şi a semnificaţiei relaţiilor propoziţionale, ca şi a incapacităţilor de utilizare a limbajului sunt generate şi de un retard de memorie a conceptelor şi de compoziţie fonologică, ori a deficitului de reprezentare a sensului dintre relaţii. Aceste relaţii se dezvoltă, la copiii deficienţi de intelect, cu întârziere de aproximativ 2-3 ani faţă de subiecţii normali, de aceeaşi vârstă cronologică.

Sub **aspect morfologic**, la copiii cu deficienţă mintală moderată şi severă, nu numai că se constată o întârziere, dar se poate evidenţia o şi incapacitate permanentă pentru evoluţia acestui sector. În utilizarea morfemelor gramaticale, se produce un decalaj între stăpânirea normelor teoretice şi capacitatea de utilizare a flexiunilor verbale.

Sub **aspect sintactic**, apare o evidenţă şi mai notabilă în ceea ce priveşte achiziţia şi aplicarea unor forme de coordonare şi subordonare în adoptarea unui anumit tip de ordine a cuvintelor, pentru o exprimare clară a ideilor şi pentru precizarea semnificaţiilor conţinute la nivelul noţiunilor utilizate. În evaluarea producţiei verbale, s-a constatat că aceasta este afectată de frecvenţele repetiţii şi de înţelegerea deficitară a formulărilor verbale. Spre deosebire de copilul normal, care realizează un progres continuu în achiziţia formelor corecte ale limbajului, la copilul retardat mintal nu numai că însuşirea formelor corecte se produce într-un timp mai lung, dar se menţin, alături de acestea, multe forme incorecte, ceea ce demonstrează că noile achiziţii se integrează cu dificultate în structurile existente ale limbajului. De aici, o creativitate lingvistică redusă şi o lipsă de iniţiativă în adoptarea de noi formulări verbale, deoarece, retardaţii mintal se bazează, frecvent, pe folosirea unor expresii cunoscute de tip şablon, care nu pot acoperi, întotdeauna, conţinutul semantic.

De altfel, nici nivelul extinderii vocabularului nu-l ajută prea mult pe subiectul retardat în adoptarea unor formulări variate. Limitarea vocabularului la un număr mic de cuvinte, cu o structură simplă, adeseori lipsind cuvintele-noţiuni care îi permit exprimarea abstracţiilor, nu contribuie la o abordare relaţională şi la reprezentarea reală a activităţii mentale. Cu toate acestea, sunt unii copii cu deficienţă lejeră sau moderată, care în povestirile lor (după o acţiune sau după o imagine) folosesc un număr mare de cuvinte, dar care nu au darul de a reflecta o situaţie mai deosebită, sunt mai mult o alăturare întâmplătoare de cuvinte care îi vin în minte sau pe care subiectul şi le aminteşte în momentul respectiv, fără legătură cu conţinutul celor prezentate. Asemenea situaţii nu denotă capacităţi verbale, ci doar o ecolalie, bazată pe o imitaţie fiziologică sau pe reţinerea mecanică a unor cuvinte mai puţin înţelese.

O serie de autori (Rondal, Lambert, Chipman, Pastouriaux) au observat că la deficientul mintal se produce o dezvoltare lingvistică relativ rapidă între 3 şi 6 ani, după care se produce o scădere treptată. ***Din cercetările noastre (Verza, 1973), a rezultat că în jurul vârstei de 10 ani, şi mai cu seamă după această perioadă, apar frecvente stagnări şi chiar regrese, atât pe linia achiziţiilor limbajului, cât şi a productivităţii şi competenţei lingvistice, din care nu lipsesc nici tulburările de formulare şi de expresivitate verbală. La nivelul grafismului, aceste dificultăţi devin tot mai frecvente şi mai accentuate, fapt ce poate fi pus şi pe seama dereglărilor de coordonare neuromotorii, ce se agravează odată cu înaintarea în vârstă a subiectului cu deficit mintal.*** Astfel, limbajul este afectat în toate palierele sale, atât pe linie impresivă, cât şi pe linie expresivă.

Pentru modul cum evoluează limbajul, în unele perioade ale copilului, prezentăm unele caracteristici pe care le-am pus în evidenţă într-o cercetare anterioară. (E. Verza, 1971).

Interdependenţa dintre gândire şi limbaj, care preocupă tot mai mulţi specialişti, poate fi pusă în evidenţă, mai facil, la debilul mintal, iar evoluţia şi dezvoltarea vorbirii prezintă, la aceştia, o serie de caracteristici ce necesită forme şi procedee adecvate de influenţare în procesul instructiv-educativ. Aşa cum relevă J. Piaget (1923), cu ajutorul limbajului, copilul are posibilitatea să evoce situaţii care nu sunt actuale şi prin aceasta se influenţează inteligenţa, iar G.A.Miller (1956) subliniază ideea că finalizarea gândirii depinde şi de actele simbolice.

La rândul său, deficienţa intelectuală poate împiedica învăţarea vorbirii sau poate determina tulburări ale limbajului, în funcţie de gravitatea acesteia. Fenomenul este reversibil, tulburările de limbaj, influenţând producţia inteligenţei. În unele cazuri mai grave, ca de

pildă în pierderea semnelor limbajului, se produce un vid mental asemănător cu starea în care se găseşte copilul înaintea dobândirii limbajului (A. Bussemann, 1966). Un asemenea fenomen se produce în cazul disfazicului.

Psihologi de prestigiu subliniază relaţia dintre dezvoltarea intelectuală şi dezvoltarea limbajului. Dezvoltarea limbajului în general, este tributară dezvoltării intelectuale. Pentru a învăţa să vorbeşti, trebuie să poţi înţelege (Delacroix).

Din acest punct de vedere, cercetările lui Vâgotski, care consideră limbajul ca instrument al dezvoltării mentale, şi ale lui Luria şi Kendler, în concepţia cărora limbajul joacă rolul de reglator al comportamentului şi al activităţii voluntare, stabilesc semnificaţia limbajului pentru dezvoltarea psihicului, în general, şi a gândirii conceptualizate, în special.

La copiii cu debilitate mintală, structura limbajului este influenţată de deficienţa intelectuală, deoarece utilizarea cuvintelor, a propoziţiilor, a frazelor şi a înţelegerii semnificaţiei lor depind de capacitatea de asimilare a gândirii (Tatiana Slama-Cazacu) şi mai puţin de nevoile şi interesele copilului (Leontiev). Ca atare, limbajul debililor mintal prezintă anumite particularităţi, dintre care noi ne vom referi la cele ale complexităţii şi coerenţei cuvintelor, a propoziţiilor, a frazelor folosite, la volumul vocabularului, la modalităţile de transpunere a ideii în scris, la modul de articulare şi de fonaţie, la debitul şi ritmul vorbirii, la handicapuri de limbaj, la expresivitate etc.

În acest scop, am efectuat un experiment pe un număr de 60 de copii din şcoala ajutătoare, clasele a III-a, a V-a şi a VII-a. Aceştia au fost supuşi, individual, unui număr de patru probe, iar o serie de date au fost culese pe bază de observaţii în timpul vorbirii copiilor la lecţii sau în vorbirea spontană (liberă). Subiecţii au fost solicitaţi să răspundă la proba asemănări şi vocabular din WISC, apoi să realizeze o compunere după o temă liberă, având la dispoziţie cât timp doresc şi, în fine, să scrie în timp de 10 de minute cât mai multe cuvinte. Sarcina a fost formulată în aşa fel şi repetată până când a devenit înţeleasă de fiecare subiect. Timpul utilizat de fiecare copil, pentru realizarea compunerii, a fost notat, fără ca aceştia să ştie.

Subiecţii provin din cele trei clase, în mod egal (câte 20 din fiecare clasă), luaţi la întâmplare (fără a fi selecţionaţi anume).

Din analiza rezultatelor obţinute, se constată că la proba de asemănări între performanţele realizate de copiii din cele trei clase sunt diferenţe semnificative (vezi tabelul următor). Diferenţele sunt

mai semnificative între subiecţii din clasele a III-a şi a V-a, în comparaţie cu diferenţele dintre cei din clasele a V-a şi a VII-a.

Ceea ce caracterizează răspunsurile date de copiii din clasa a III-a este faptul că ele nu exprimă esenţa asemănărilor dintre cuvinte-noţiuni. Sunt aleatorii răspunsurile care ar trebui să sesizeze esenţa asemănării dintre noţiuni, căci ele nu au un caracter de descriere a ceea ce este comun şi nici măcar nu evidenţiază caracteristicile principale. În multe cazuri, subiecţii încep a răspunde nu prin afirmarea asemănărilor, aşa cum este formulată sarcina, ci prin descrierea deosebirilor. Abia după ce li se atrage din nou atenţia asupra sarcinii formulate, unii reuşesc să descrie asemănările. Aceste caracteristici se menţin, în bună parte, şi la copiii din clasele a V-a şi a VII-a, dar apar, în unele cazuri, descrieri ceva mai complete. În special, copiii mari reuşesc să înţeleagă mai bine sarcina, dar posibilităţile legate de sesizarea asemănărilor dintre noţiuni sunt reduse. Am constatat că atunci când sunt ajutaţi să dea primele răspunsuri corecte, ei se descurcă mai bine, deoarece se menţin în cadrul schemei date. Frecvente sunt şi situaţiile de transpunere rigidă a răspunsurilor într-o schemă sugerată de experimentator sau se păstrează chiar schema folosită de subiect prima dată. Aşadar, structura limbajului, la debilul mintal, se caracterizează prin imobilitate, rigiditate, atât pe linia exprimării, a articulării şi a succesiunii cuvintelor în propoziţie şi în frază, cât şi din punctul de vedere semantic şi de structură a ideilor, a ordinii şi a succesiunii lor.

Clasa	Nr. subiecţi	Nr. puncte la proba asemănări	Nr. puncte la proba vocabular	Nr. cuvinte la proba cuvinte	Timp utilizat la proba compunere	
					Total	Media
III	20	83	198	610	6h,18′	18′54″
V	20	126	368	1290	6h,29′	19′27″
VII	20	143	563	1303	6h,21′	19′3″

La proba de vocabular, rezultatele obţinute denotă o diferenţiere sensibilă între copiii de vârste şi clase diferite. Copiii din clasa a III-a obţin 198 de puncte, cei din clasa a V-a, 368 de puncte, iar cei din clasa a VII-a, 563 de puncte. Media realizată pe subiect este extrem de mică, dacă se are în vedere posibilitatea pe care o oferă proba de a obţine un punctaj mult mai mare.

Aceste rezultate slabe sunt consecințele faptului că debilii mintal nu reușesc să definească noțiunea printr-un sinonim sau să descrie caracteristicile determinante pentru categoria generală la care aparține cuvântul. Cele mai multe răspunsuri descriu vag sau exprimă o utilitate puțin precizată a obiectului sau a fenomenului respectiv. Pe măsură ce noțiunile devin mai greu de definit (spre sfârșitul probei), înțelegerea conceptuală devine tot mai dificilă. La multe nu se dau nici un fel de răspuns, iar la altele, răspunsurile sunt complet greșite. Desigur că particularitățile descrise sunt mai pronunțate la copiii mici.

În proba de cuvinte, diferențele înalt semnificative apar între copiii din clasa a III-a (610) și cei din clasa a V-a (1290), în timp ce între ultimii și cei din clasa a VII-a (1303) diferențele nu sunt semnificative. Aceasta denotă că acumulările în structura limbajului la debil, în interdependență cu dezvoltarea gândirii, au un caracter mai pronunțat în clasele mici (la vârstele mici), după care urmează acumulări lente, cu diferențe mai mici între etapele succesive. De aici, concluzia că vocabularul copilului cu debilitate mintală se îmbogățește mai facil și mai rapid în primele clase, iar apoi perioadele de achiziții a noi cuvinte sunt mai lungi. În cazurile de deficiențe intelectuale grave apar chiar perioade de stagnare. Aceasta exprimă, în ultimă instanță, potențele intelectuale ale acestor copii, gradul sau nivelul pe care îl pot atinge sub raportul dezvoltării gândirii și a structurilor de limbaj.

În ceea ce privește conținutul conceptual al cuvintelor enunțate, ele se caracterizează printr-un înalt grad de concretizare și intuitivitate. Nediferențierea conținutului semantic al cuvintelor la unii copii sau lipsa activismului, a conștientizării celor exprimate la alții, duce la scrierea unor cuvinte de două ori, o dată la singular și o dată la plural (creion, linie – creioane, linii). La clasa a III-a, numai doi copii folosesc și unele cuvinte cu un caracter abstract mai accentuat. Dar 50% dintre aceștia enunță cuvintele în propoziții, deși sarcina a fost înțeleasă. Unii folosesc în exclusivitate nume proprii. La clasa a V-a, un singur copil exprimă cuvintele în propoziții, iar la clasa a VII-a, nici unul. Numărul copiilor care folosesc și cuvinte abstracte, generale este mai mare și, în special, la cei din clasa a VII-a, unde peste 50% le utilizează.

Compunerile exprimă mai bine particularitățile structurale ale limbajului și comprehensiunea ideilor exprimate. Conținutul este foarte sărac și exprimat prin propoziții scurte și incoerente. Unele nici nu constituie compuneri, ci propoziții separate, fără nici o legătură între ele. La clasa a VII-a, nu se mai întâlnesc asemenea compoziții, dar persistă încă caracterul incoerent și sărac în conținut. Incoerența se datorează nu numai inteligenței deficitare, dar și imobilității structurilor verbale (C. Pufan) sau a folosirii șabloanelor în vorbire.

În alegerea subiectului pentru compunere, se constată că în unele predomină tema vacanței, iar celelalte improvizează o narație cu multe elemente din povestirile învățate sau reproduc întocmai cele însușite cu alte prilejuri. Aceasta dovedește inerția gândirii, persistența elementelor anterioare în activitatea prezentă a debilului. Narațiunea nu este cursivă, nu se urmărește un fir logic în povestire, iar caracterul sărac în idei accentuează și mai mult structura rigidă a limbajului și existența unor expresii banale, stereotipe.

Unele lucrări au titluri ca: „Vacanța de iarnă", „Cum mi-am petrecut eu vacanța" etc. și au o încheiere menționată în text: „și așa am petrecut vacanța", „și cu asta închei mica mea compunere". Alte lucrări au ca desen o fetiță cu o floare (clasa a III-a) și chiar încercări de a compune versuri (poiană și poieniță, mult mi-ești dragă și iubită – clasa a V-a).

Deși timpul acordat pentru compunere a fost nelimitat, copiii cu debilitate mintală utilizează, în medie, un timp foarte scurt, ceea ce denotă că posibilitățile de concentrare sunt limitate, ca urmare a unui activism redus al vorbirii (Mariana Roșca), a unui slab efort în mobilizarea capacității de verbalizare. Copiii debili mintal nu elaborează mai întâi un plan de expunere, ideile sunt spuse la întâmplare, fără legătură între ele, iar cuvintele, propozițiile nu sunt alese și nici nu exprimă totdeauna sensul adecvat al ideii.

Exprimarea ideilor este îngreunată și de prezența, la majoritatea copiilor, a tulburărilor de limbaj. La clasa a III-a, dislalia și unele forme de bâlbâială ușoară coexistă cu disgrafia, iar la clasa a V-a și în special la clasa a VII-a, cazurile de dislalie, bâlbâială sunt puțin frecvente, dar se mențin în număr mare disgrafiile. Dislalia debilului are un evantai foarte larg, întrucât înlocuirile, omisiunile, confuziile și deformările se produc fără regulă și întâmplător. În timp ce formele dislaliei la debilul mintal sunt complexe și labilitatea este mai mare ca la normal, bâlbâiala are o pondere relativ mai mică și nu-i atât de accentuată ca la normal, se manifestă mai mult sub forma repetițiilor și, ca atare, se corectează mai facil. Defectele de vorbire descrise de West, Kennedy și Carr (1947) sunt caracterizate prin voce slabă, vorbire parțial sau total neinteligibilă, ce se datorează

articulației defectuoase, cât și deficiențelor gramaticale, sintactice și semantice, ritmului, intensității, debitului, timbrului dezagreabil etc.

Inteligibilitatea limbajului este scăzută nu numai datorită gândirii deficitare a debilului, dar și existenței unui mai mare număr de tulburări de limbaj.

Toate acestea accentuează fenomenul de perseverare verbală, care este specific pentru structurile de limbaj incoerente. Aceasta face să crească sensul aleatoriu al celor exprimate, simplificând la maxim structura narațiunii, caracteristică lipsei de nuanțări a relatării și astfel, receptarea fenomenelor de limbaj devine foarte greoaie.

Întrucât limbajul se supune mai ușor influențelor psihoeducative, cunoașterea acestor caracteristici la debilul mintal apare ca indispensabilă unui proces instructiv-educativ cu eficiență optimă, în care aspectele pragmatice ocupă un loc aparte în activitatea specialiștilor practicieni.

Capitolul XIV

DINAMISM ȘI RELAȚIE ÎN COMUNICARE, PERSONALITATE ȘI COMPORTAMENT

În acest capitol ne bazăm, în special, pe un studiu elaborat de noi și apărut în Revista de psihologie (E. Verza, 1992), în care am urmărit modul de funcționare a acestei relații și nivelul de dependență dintre ele, ca și ponderea fiecăruia în cadrul sistemului psihic uman pentru a demonstra importanța, dar și dezvoltarea psihică a persoanei.

Există un punct de vedere comun de la care trebuie să pornim în analiza noastră și anume că specialiștii și educatorii sunt de acord că cele trei unități: comunicare, personalitate și comportament au o evoluție comună, în care progresele, stagnările sau regresele uneia influențează pozitiv și, respectiv, negativ pe celelalte două. Desigur, știm că evoluția într-un plan sau altul, se produce în mod diferit de la o persoană la alta în funcție de echipamentul său nativ, de condițiile de viață, de mediul în care trăiește, de factorii favorizanți sau nefavorizanți, de educație și de antrenamentele cu care se confruntă pe parcursul vieții.

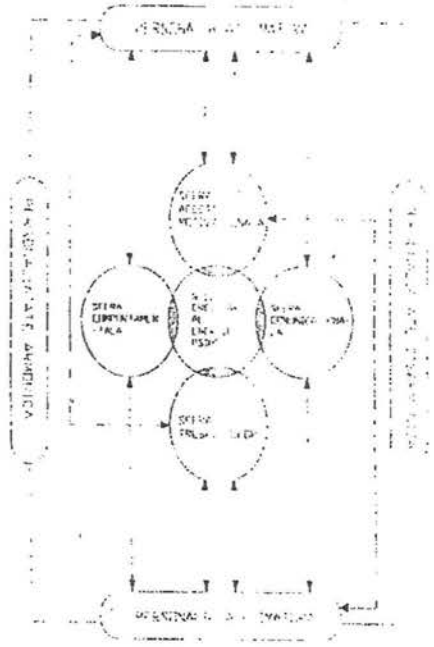
Probabil că nicio altă relație nu evidențiază atât de pregnant unitatea sistemului psihic uman ca cea dintre personalitate, comportament și comunicare. Personalitatea reprezintă suportul structurii pe care o vom analiza. Comportamentul și comunicarea sunt formele esențiale de inter-relaționare și exprimare perceptibilă (vizual

şi auditiv) a personalităţii, mijloacele prin care acestea se nuanţează adaptiv şi îşi manifestă identitatea, constituindu-şi, astfel, imaginea ce doreşte să fie percepută de cei din jur, dar şi imaginea personală în genere. În structurarea însuşirilor de personalitate, cât şi în manifestarea comportamentului şi comunicării este antrenat întregul psihic care îşi exercită forţele demiurgice asupra evoluţiei formelor comunicaţionale şi de comportament, ca şi asupra tipologiilor personalităţii (U. Şchiopu, E. Verza 1989). Aceste relaţii sunt analizate în literatura de specialitate mai mult separat şi nu se insistă asupra factorilor comuni ce le unesc şi care le creează funcţionalitatea în ansamblu. Tocmai asemenea elemente dorim să punem în evidenţă şi să arătăm caracterul lor specific la persoanele normale, comparativ cu cele care se află intr-o dificultate pe aceste planuri.

Dacă relaţia dintre cele trei componente ale psihismului uman exprimă caracterul unitar al acesteia şi evoluţia lor în paralel, trebuie subliniat că un uşor decalaj între ele este exprimat de aspectele de dinamică a dezvoltării. Astfel, în copilăria mică, comunicarea şi în genere, limbajul se dezvoltă spectaculos, cu acumulări şi salturi vizibile de la o etapă scurtă de timp la alta. Dezvoltarea accentuată a capacităţilor de comunicare influenţează pozitiv structurarea însuşirilor de personalitate şi elaborarea mecanismelor comportamentale adaptabile la diversele situaţii de mediu, ca urmare a achiziţiilor de experienţă facilitate de comunicarea interumană. Dar şi regresele ce se pot produce în evoluţia comunicării prin apariţia unor factori perturbatori legaţi de calitatea slabă a educaţiei, de mediul nestimulativ, de accidente organice, funcţionale, psihologice şi sociale generatoare de tulburări ale comunicării şi limbajului perturbă evoluţia firească a personalităţii şi comportamentelor adaptative.

Pe de altă parte, orice avans care se înregistrează la nivelul evoluţiei personalităţii şi comportamentului devine un catalizator pentru formarea şi dezvoltarea unor structuri ierarhice, ale capacităţilor de mânuire a comunicării şi limbajului. Desprindem şi apreciem, în felul acesta, calităţi legate de elocinţa şi organizarea logico-gramaticală a formulărilor verbale, conţinutul şi bogăţia de idei exprimate, corectitudinea şi acurateţea exprimării din planul comunicării şi limbajului, a tăriei şi fermităţii unor însuşiri, a dominantelor voliţionale şi afective, a maturităţii şi armoniei trăsăturilor din planul personalităţii, a eleganţei şi nivelului de relaţionare, a nivelului de coordonare şi de reglaj intern, a nivelului de adaptare şi de integrare psihosocială din planul comportamental.

Această situaţie de relaţionare demonstrează că avansul relativ în dezvoltarea comunicării, realizat la un moment dat, sau un nivel mai ridicat înregistrat în constituirea structurilor de personalitate sau a celor comportamentale comparativ cu limbajul nu dereglează, în esenţă, echilibrul dezvoltării lor unitare, dimpotrivă, se condiţionează reciproc. Nici unitatea psihismului general nu este afectată şi pentru faptul că alte componente de ordin psihic şi chiar genetic se interpun între cele trei unităţi şi devin vectori ai dezvoltării. Dar normalitatea psihică, comportamentală, a limbajului facilitează, influenţează într-un fel specific nivelul relaţional între componentele implicate. Astfel, tipologia personalităţii evoluează dependentă de o serie de componente care înglobează, în esenţă, întreaga structură psihică a individului (reprezentată de noi în figura alăturată).



Structurarea tipologiilor de personalitate se bazează pe nucleul ereditar al energiei psihice, dar influenţele ce le finalizează şi le dau

stabilitate sunt dominate de palierele comunicaționale, comportamentale, afectiv-motivaționale și ale trebuințelor (biologice și psihologice). La rândul lor, tocmai aceste paliere exprimă unitatea tipologiilor de personalitate și modul cum ele corelează pentru a dimensiona personalitățile de un anumit fel.

În condițiile de normalitate, relația dintre personalitate, comportament și comunicare, deși evidentă prin observație, este mai dificil de supus unor investigații precise cu probe valide și cuantificabile, pe când la categoria handicapaților variabilele ce dau dimensiunea acestei relații pot fi surprinse cu mai multă exactitate. Putem explica astfel de fenomene prin trei situații:

a. spre deosebire de normali, la deficienți și mai cu seama la cei de intelect, exprimarea acestor stări este atât de spontană și fără simulări încât pot fi surprinse facil prin probe relativ simple;
b. varietatea și modalitățile de manifestare a formelor comportamentale și comunicaționale din care transpar însușirile de personalitate oferă, la deficienți, cazuri atât de evidente ale funcționalității acestei relații încât se plasează într-o situație experimentală;
c. Prin evidențierea unei singure componente, din cele trei, se ajunge atât la normali, cât și la deficienți, la delimitarea tranșantă de caracteristici ce sunt specifice și celorlalte două componente.

În acest context, observăm că această relație funcționează în mod armonios atâta timp cât toate cele trei componente se exprimă la nivelul potențialului psihic al individului prin interrelații stimulatoare (feed-back de stabilizare) și, dimpotrivă, ea se dereglează chiar și atunci când o singură variabilă se perturbă ori nu atinge un grad care să permită răspunsul adaptiv la condiția mediului. În astfel de cazuri, deși acționează operaționalitatea compensatorie, au loc forme de feed-backuri de precipitare entropice – și aceasta cu atât mai mult cu cât limbajul deficitar sau în stare critică din cauza deficitului celorlalte două componente sau a uneia dintre ele nu poate răspunde funcțiilor de comunicare.

Cu altă ocazie am mai scris despre relația dintre limbaj, personalitate și comportament și am insistat pe funcționalitatea ei în cazul diferitelor categorii de handicapați și pe modalitățile intervenției educațional-recuperative, utilizând o metodologie adecvată care să determine o bună inserție socială și socioprofesională (E.Verza, 1983).

Dintr-o altă perspectivă ne referim acum la unitatea complexă a diferitelor forme comportamentale și la unele însușiri dominante ale persoanei pe fundalul structurii unor tipologii ale personalității și diversificării formelor comunicaționale la normali comparativ cu handicapații. Vom lua în considerație nu numai comunicarea prin limbaj, ci și alte forme de comunicare, ca și interdependența dintre acestea, tipologiile comportamentale și de personalitate.

Pentru persoanele normale, comunicarea verbală (orală și scrisă) este dominantă în raport cu alte forme de comunicare, dar la handicapați se produc modificări semnificative pentru acest raport. El depinde de forma și gravitatea deficienței. O astfel de situație atrage după sine noi ierarhizări de echilibru în cadrul organizării însușirilor psihice și influențează nu numai situația de expresie a subiectului dar și pe cea de recepție. Desigur, o asemenea centrare a subiectului pe o anumită formă de comunicare influențează trăsăturile dominante ale personalității și, în final, exprimarea printr-o modalitate comportamentală specifică. Concomitent, în această relație dinamică și complexă, tipologia personalității individului își pune amprenta pe funcționalitatea comunicării, în special și a comportamentului, în general.

Remarcăm că între formele comunicării există o strânsă unitate, iar subiectul se folosește, într-un fel sau altul de toate, dar în raport de structurile sale interne, de energia psihică, de potențialul psihic ce-l caracterizează și de contextul obiectiv în care se desfășoară interrelationarea umană; decisiv devine tipul de comunicare cu valențe sporite pentru înțelegere și pentru modul de a se face înțeles. ***Dacă din punct de vedere funcțional comunicarea este unitară și intrinsecă structurilor interioare, didactic vorbind, ea se subdivide în patru categorii principale: verbală, gestuală, acțională și comportamentală (E.Verza 1990).*** În acest context, se impune precizarea că fenomenul empatic este conținut în toate cele patru forme ale comunicării și poate fi evidențiat în proporții diferite în raport de situațiile concrete în care se desfășoară comunicarea, cât și în funcție de structurile interne ale celui ce comunică. La un moment, dat relevanța empatică este atât de pertinentă încât conținutul comunicării se realizează dominant prin forma ei de exprimare. Din aceste motive nu considerăm necesar să vorbim de o formă de sine-stătătoare a comunicării empatice, ea se manifestă ca trăsătură a personalității ce o putem sesiza în comunicare și comportament unde se exprimă cu o anumită intensitate adecvat.

mai mult sau mai puţin, la situaţiile concrete, dar dependentă şi de calitatea intelectului şi de abilităţile de adaptare la mediu.

Formele comunicării exprimă în mod diferit conţinutul personalităţii pentru că expresia lor nu poate fi desprinsă de contextul dezvoltării altor funcţii şi procese ale individului.

Comunicarea verbală (orală şi scrisă) este principala formă pentru omul normal şi pentru unele categorii de handicapaţi, permiţând cel mai adecvat exprimarea stărilor interioare proprii, a gândurilor şi ideilor, a sentimentelor şi emoţiilor, a atitudinilor şi intereselor, a motivaţiei şi trebuinţelor, a modului de a fi şi de a acţiona şi totodată, înţelegerea altora. În cadrul comunicării prin limbaj, expresia şi impresia, se realizează pe baza unui text, a unui context şi a unui subtext care facilitează interlocutorilor un schimb direct de informaţii expuse şi subînţelese ori rezultate din caracterul situaţional în care se desfăşoară comunicarea. Partenerii comunicării nu sunt egali căci, la un moment dat, unul dintre ei are iniţiativa şi domină discuţia, orientând-o spre un anumit conţinut în care semnificativul şi semnificaţia sunt racordate la ideea generală asupra căreia este centrată comunicarea. Interrelaţionarea este dimensionată de statutul şi rolul social ce-l ocupă subiectul în cadrul grupului la care se adaugă un anumit coeficient de subiectivizare rezultat din specificul personalităţii sale. În felul acesta, se creează o anumită distanţă psihologică între interlocutori, distanţă ce este cu atât mai mare cu cât diferenţele dintre aceştia sunt mai pregnante şi este percepută, în egală măsură de ei dacă sunt normali din punct de vedere psihofizic. ***În schimb, distanţa psihologică se diminuează până la ştergerea ei totală în condiţiile în care comunicarea se desfăşoară între deficienţi şi este dependentă de gravitatea deficienţei, iar dacă la comunicare participă, alături de handicapaţi, şi subiecţi normali, distanţa psihologică se amplifică pentru aceştia din urmă şi rămâne relativ neconştientizată de primii.***

Forma şi gravitatea deficienţei determină dereglări mai extinse sau mai restrânse la nivelul funcţiilor de recepţie şi de expresie a comunicării verbale, ceea ce influenţează negativ interrelaţiile personalităţii şi comportamentul individului mai cu seamă prin scăderea valorilor instrumentale ale limbajului. Aspectele semantice ale comunicării se reduc în favoarea celor pragmatice şi prin aceasta capacitatea rezolutiv-reglatorie, ce se evidenţiază la nivel comportamental, are o semnificaţie proprie, specifică subiectului respectiv. În astfel de situaţii calitatea informaţiei ce se vehiculează nu are claritatea şi forţa de a cuprinde totalitatea evenimentelor şi nu se produce o echilibrare adecvată în mediul înconjurător şi în acelaşi timp, o compatibilizare a mediului la solicitările subiectului. Achiziţiile însuşite în procesul instructiv-educativ ori prin intermediul mass-mediei sunt slab reprezentate în exprimarea şi în recepţionarea ideilor, a sentimentelor, intenţiilor şi atitudinilor. Aceasta face ca şi particularităţile de personalitate să fie estompate sau dimpotrivă, să apară exacerbări ale acestora în comunicare şi se finalizează, în ambele cazuri, în comportamente neadaptate sau prea puţin adaptate la situaţiile concrete. ***În esenţă, comunicarea verbală la handicapaţi este labilă, cu momente de stagnare şi cu dezvoltări progresive lente, fapt ce se corelează cu însuşirile dominante de personalitate prin exercitarea unor interfluenţe reciproce ca apoi să se evidenţieze în comportamente globale ce au tendinţa de a se obiectiva într-o forma specifică pentru fiecare subiect în funcţie de condiţia de ansamblu de la nivelul întregului psihism cu posibile fluctuaţii ce denotă lipsa de consistenţă a structurilor de personalitate.***

La normali, comunicarea prin limbaj se realizează, în principal, punându-se accent pe latura semantică fapt ce denotă o funcţionalitate superioară a operaţiilor ideative şi un control riguros al conştiinţei. Latura pragmatică a comunicării tinde să domine, la un moment dat, nu numai în raport de situaţia în care se desfăşoară, dar şi atunci când posibilităţile intelective sau de exprimare ale subiectului sunt diminuate. Pe de altă parte, limitarea şi fragilitatea calităţii şi cantităţii semantice şi pragmatice a informaţiilor ce este caracteristică deficienţilor şi în special celor de intelect nu facilitează dezvoltarea operaţiilor mentale ori progresul în manifestarea comportamentelor. Ca atare, nu există un autocontrol riguros pe linia limbajului expresiv şi nici un set prea complex al învăţării (receptării) limbajului, ceea ce imprimă o anumită fragilitate comunicării, care se reflectă asupra personalităţii şi comportamentelor globale. Cu cât deficienţa afectează mai mult intelectul cu atât comunicarea verbală pierde în conţinut, devine tot mai săracă şi anostă, lipsită de forţa mesajului şi coerenţei. Se comunică mai puţin din planul ideaţiei şi mai mult din cel atitudinal, ceea ce face să predomine exprimarea unor necesităţi şi interese imediate. Comunicarea este laconică şi încărcată, adeseori, de violenţe verbale, însoţită de o gestică si pantomimică exacerbate, dezagreabile şi relativ neadecvate conţinutului. Introducând distincţia pe care o face Chomsky între competenţa şi performanţa lingvistică se remarcă faptul că la deficienţi competenţa are o funcţionalitate

limitată şi determinată de condiţiile situative în care se desfăşoară comunicarea. Performanţa fiind şi mai deficitară, atât vorbitorul, cât şi ascultătorul deficient, au posibilităţi reduse în a se înscrie în accepţiunea strict chomaskyană a competenţei lingvistice de formare şi transformare a propoziţiilor printr-o reconstituire a sistemului de reguli deoarece la unii subiecţi este deficitar chiar nivelul de elaborare-prelucrare în planul ideaţiei, iar la alţii, nu poate fi codificat verbal întregul conţinut ideativ ca să devină accesibil interlocutorului.

Ritmul, intonaţia şi în primul rând timbrul vorbirii exprimă conţinutul temperamental al vorbitorului, dar si mai reprezentative sunt aceste caracteristici pentru unele trăsături dominante ale personalităţii, cum ar fi: introversie-extroversie, agresivitate-timiditate, euforie-depresie, coerenţă-incoerenţă, masculinitate-feminitate s.a. Trăsăturile dominante ale personalităţii apar mai evident în comunicarea scrisă căci un anumit nivel al presiunii instrumentului de scris, forma, orientarea şi înclinarea grafemelor, fermitatea închiderii buclelor şi legarea acestora etc., exprimă o stare temporală sau stabilă a persoanei care se concretizează în forme specifice de comportament. Se poate întâmpla şi invers. Este suficient să ne gândim la stările de agitaţie sau la cele inhibitive care sunt dominante pentru o categorie sau alta de deficienţi şi astfel putem prognoza forma comunicaţională care le va fi specifică. Rezultă că prin intermediul comunicării verbale căpătăm o imagine, relativ completă, asupra trăsăturilor dominante ale persoanei şi comportamentelor sale stabile aşa cum decelând stările comportamentale şi structurale ale subiectului putem aprecia forma comunicării sub toate aspectele sale valorice şi de adaptare-interrelaţionare.

Comunicarea gestuală îndeplineşte funcţii diferite pentru subiectul ce are posibilităţi de verbalizare faţă de cel cu surdomutitate, chiar şi în condiţiile surdo-demutizaţilor.

La primul, are un rol de susţinere, de adjuvant, de suplinire şi completare a ceea ce este dificil de comunicat verbal, în timp ce pentru surdomut gestica devine din ce în ce mai mult fundament şi bază a exprimării şi înţelegerii. La fel ca şi comunicarea verbală, comunicarea gestuală se perfecţionează, se modifică în raport de capacităţile psihice, de specificul personalităţii handicapatului, ca şi de potenţialul comunicativ a grupului cu care interacţionează. Aceste modificări privesc, în mod deosebit, rapiditatea desfăşurării gesturilor, elaborarea lor cu participarea mai extinsă sau mai redusă a

comportamentelor motrice, simplificarea unor gesturi şi înţelegerea lor prin perceperea parţială (a începutului sau sfârşitului) a unei mişcări ce intră în componenţa gestului complex. In acest context al întregirii comunicării gestuale, un rol important îl are şi mimica şi pantomimica. În fapt, comunicarea gestuală nu poate fi despărţită de mimică şi pantomimică, deoarece, împreună formează *limbajul semnelor*. Comunicarea gestuală ca şi conduitele, pe de-o parte, se învaţă de timpuriu, iar pe de altă parte, are o circulaţie liberă în societate când semnificaţia este mai importantă pentru persoana care comunică şi nu totdeauna receptată ca atare de interlocutor, deşi acesta poate face parte din aceeaşi categorie de subiecţi, a surdomuţilor.

Limbajul semnelor se învaţă aşa cum se învaţă şi limbajul oral, iar o asemenea învăţare se supune regulilor generale ale achiziţionării structurilor comunicaţionale şi cu cât ea se realizează mai de timpuriu, cu atât facilitează trecerea nemijlocită de la limbajul semnelor la grafie, fără a se folosi vorbirea orală. Ideal, pentru învăţarea scrierii este folosirea concomitentă a limbajului semnelor şi a limbajului oral pentru că aşa cum afirma J. Lillo (1986) bilingvismul pragmatic al celor două forme de limbaj trebuie introdus paralel în educaţia precoce a deficienţilor de auz. ***Se poate aprecia că folosirea preponderentă a cuvântului de timpuriu în detrimentul gestului şi invers nu contribuie la o comunicare eficientă a deficientului cu anturajul său şi nici nu contribuie la stimularea rapidă a activităţii psihice generale. O îmbinare a celor două căi de educare devine mai eficientă dacă se adoptă un echilibru între demersul întreprins şi starea în care se află subiectul. Aşadar, pe cât este posibil, o metodă sau alta, o formă sau alta, trebuie să ţină seama de nivelul dezvoltării psihice şi de potenţialul real al copilului ca şi de scopul educaţiei de a realiza eficient integrarea curentă şi cea socioprofesională a handicapatului.*** Aceasta nu înseamnă că trebuie să se ajungă la exagerări în folosirea limbajului semnelor căci va deveni un obstacol în achiziţia limbajului oral, iar renunţarea la utilizarea lui se va face treptat, pe măsura achiziţionării cuvintelor şi a posibilităţilor de comunicare verbală.

Atât mişcările mâinilor, cât şi pantomimica sunt folosite şi de alte categorii de deficienţi sau de subiecţi normali deoarece compensează unele dificultăţi ale exprimării verbale ori înlesneşte o performanţă mult mai apropiată de scopul propus. În cazul acesta, gestul nu numai că însoţeşte vorbirea, dar imprimă o anumită coloratură a ritmului, intonaţiei, şi chiar a intensităţii discursului. Pe parcursul discursului,

gesturile au o frecvenţă diferită; ele se asociază mai mult cu momentele de tăcere şi sunt mai rare la începutul discursului ca pe măsură ce tensiunea subiectului creşte să devină tot mai dese. Indiferent de situaţie, de exprimare sau de înţelegere, gesturile pun în evidenţă atitudinile afective, modalităţile de abordare a sarcinilor, impresia pe care o-are subiectul despre realizarea ei şi, în genere, toate structurile dominante ale personalităţii care se exteriorizează în comunicare.

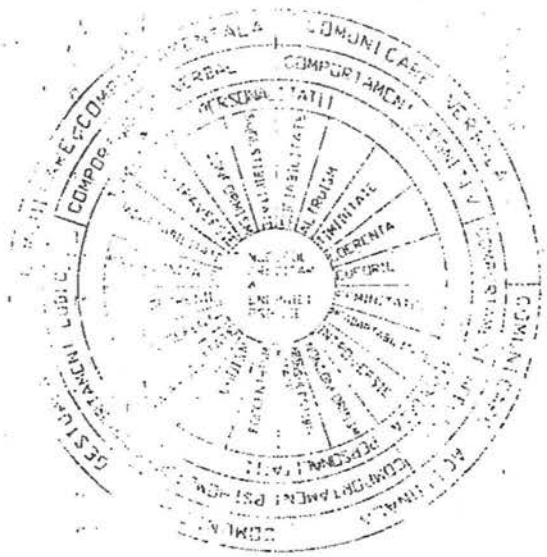
Caracterul succesiv al desfăşurării cuvintelor, a propoziţiilor, a sintagmelor asigură o mai bună discriminare şi înţelegere faţă de limbajul gesturilor care se produce mai stereotip şi mai sărac în informaţii nuanţate, ceea ce poate determina confuzii şi o recepţie parţială a sensului şi semnificaţiei celor comunicate (E Verza, 1983). ***În comunicarea gestuală pe lângă mişcarea şi configuraţia mâinii, ritmica şi amplitudinea mişcării ca şi mimica şi direcţia privirii imprimă sensul discursului, iar exprimarea intenţiei, a atitudinii vorbitorului determină o precizare mai pertinentă a semnificaţiei comunicării şi al nivelului de participare motivaţional-afectivă a subiectului.***

Cercetarea comunicării gestuale priveşte şi compararea acesteia în cazul folosirii ei de către surdomuţi cu gestica ce însoţeşte vorbirea auzitorilor. La surdomut, mişcările mâinii compensează dificultăţile exprimării verbale, dar şi la copilul mic normal achiziţionarea primelor cuvinte corelează cu utilizarea gesturilor simbolice. Chiar de timpuriu gesturile simbolice, ca şi cele demonstrative şi figurative, au o anumită semnificaţie, în timp ce altele au rolul de a preciza ritmul, intonaţia şi intensitatea comunicării verbale. Pe măsura însuşirii cuvintelor, gestul se subordonează exprimării verbale, dar rămâne dominant în comunicarea neauzitorilor mult timp după ce începe procesul demutizării. Achiziţia structurilor lingvistice, paralel cu folosirea şi modificarea unor gesturi ce intervin nemijlocit în procesul demutizării, demonstrează şi relaţia dintre cuvânt şi gest. În domeniul neuropsihologiei această relaţie capătă o evidentă pertinenţă. Se pot aduce argumente substanţiale prin considerarea rolului dominaţiei emisferice în comunicarea verbală, ca şi în cea nonverbală. Astfel, s-a observat că leziunile emisferei stângi pentru cei cu preferinţă manuală dreaptă şi a emisferei drepte pentru cei cu preferinţă manuală stângă provoacă nu numai tulburări diferite ale limbajului, dar şi dereglări ale comunicării gestuale, acţionale şi comportamentale, în genere. Asemenea leziuni emisferice perturbă exprimarea – performanţa – (şi mai ales aceasta), cât şi înţelegerea – competenţa – în toate formele ei de comunicare.

La nivelul ***comunicării acţionale şi comportamentale*** se produc mişcări mai largi cu semnificaţii ale unor acţiuni generale (a mânca, a se juca, a se plimba, a lucra) care facilitează exprimarea şi înţelegerea prin faptul că implică o mai mare libertate a subiectului de a-şi face cunoscute punctele sale de vedere şi de a interpreta cele comunicate în raport de întregul context în care se desfăşoară. În aceste forme comportamentale este necesar să se facă distincţia dintre aparenţă şi stabilitate deoarece unele manifestări sunt accidentale, în timp ce altele sunt stabile şi obişnuite. Prin acţiunile stabile şi obişnuite se exprimă, pe de-o parte, trăsăturile dominante ale personalităţii, iar pe de altă parte, se realizează o înţelegere şi asimilare a faptelor care convin structurilor interioare ale individului. Este aici implicată dezvoltarea motricităţii generale care se exprimă în raport de sensibilitatea şi capacitatea perceptuală a subiectului, ca şi de nivelul dezvoltării creierului şi integritatea funcţională a analizatorilor. Toate acestea îşi pun pecetea asupra interacţiunii dintre elementele cognitive şi afective care însoţesc, preponderent, comunicarea acţională şi comportamentală. În aceste condiţii se ajunge la ceea ce înţelegea G. Batesin prin stilul şi structura comunicării care poate să-i asigure succesul sau, dimpotrivă, ratarea înţelegerii cu cei din jur.

Comunicarea lingvistică, pe lângă componentele afectiv-motivaţionale, voliţionale etc, se raportează la orice tip de interacţiune care se realizează între formele comunicării verbale şi cele extraverbale ce se află în raporturi de strânsă interdependenţă. Chiar şi pentru deficienţii la care predomină comunicarea gestuală şi acţională structurile lingvistice sunt implicate atât la nivelul limbajului exterior, cât şi la cel interior.

Comunicarea verbală se învaţă şi se perfecţionează permanent prin intermediul relaţiilor interumane, în timp ce comunicarea gestuală, acţională şi comportamentală, fără a fi lipsite de această calitate, are un pronunţat caracter de dezvoltare spontană, iar acumulările, salturile calitative şi cantitative sunt mai lente. Şi din acest punct de vedere formele comunicării gestuale, acţionale şi comportamentale nu susţin atât de mult exprimarea psihică în ansamblu cum o poate face cuvântul.



Cuvântul concentrează şi exprimă esenţialul, abstractul şi generalul având forţe nelimitate de cuprindere sintetică a gândului. Mai mult, şi în planul afectiv el este cel care facilitează eliberarea tensiunilor interioare făcând posibilă instalarea echilibrului la nivelul personalităţii.

Deşi se obişnuieşte ca în orice analiză să se facă o departajare mai mult sau mai puţin fermă între formele comunicării şi structurile dominante ale personalităţii, în realitate, comunicarea nu este altceva decât o transpunere în afară a ceea ce este specific în interior (vezi schema). Elementele dominante ale persoanei, cum sunt introversia-extroversia, egoismul-altruismul, coerenţa-incoerenţa, agresivitatea-timiditatea ş.a. sunt dispuse la nivel interior după principiul polarităţii şi acţionează în sens contrar, anulându-se de cele mai multe ori una pe alta dând, astfel, naştere la o tipologie diferenţiată a personalităţii. Această tipologie a personalităţii se reflectă în forme comportamentale specifice şi variate care se reduc, atât la normali, cât şi la handicapaţi, la cinci comportamente fundamentale ce le înglobează pe toate celelalte: comportament afectiv, psihomotor, ludic, verbal şi cognitiv. Pe baza acestor elemente constitutive ale personalităţii şi comportamentului se diversifică cele patru forme comunicaţionale: verbală, gestuală, acţională şi comportamentală. Între acestea, există o

strânsă interacţiune şi dominarea uneia sau a alteia depinde de structura de bază a personalităţii.

Desigur, la handicapaţi, tipul de deficienţă impune o formă anumită de comunicare la care subiectul se raportează, dar ea îşi pierde caracterul dominant pe măsură ce se fac simţite influenţele pozitive ale activităţilor corectiv-recuperatorii în favoarea comunicării verbale. Cu timpul, comunicarea verbală începe să subordoneze celelalte forme de comunicare, acestea din urmă se fac mai mult prezente în situaţiile de mare tensiune, de conflicte, de trăsături ale frustraţiei, de rezolvări de probleme dificile etc.

În acelaşi timp, trebuie să subliniem existenţa unor efecte din partea formelor comunicaţionale asupra comportamentelor şi structurilor de personalitate. Odată manifestată o formă sau alta de comunicare, subiectul suferă modificări importante trăind momente de satisfacţie sau insatisfacţie în legătură cu realizarea scopului propus şi cu efectele ce le produce asupra interlocutorului. Reuşitele sau eşecurile repetate îşi pun pecetea asupra trăirilor emoţionale şi dau o anumită coloratură vieţii interioare determinând stabilizarea unor elemente şi fragilizarea altora.

În contextul unităţii dintre comunicare, personalitate şi comportament un rol de ***dinamizare şi orientare*** îl are, cu siguranţă, ceea ce noi numim ***nucleul energiei psihice,*** rezultat din structurile înnăscute ale individului. Conştienţi de faptul că deocamdată nu îl putem demonstra experimental, el se poate evidenţia prin observaţie şi autoanaliză. Nucleul energiei psihice ce facilitează, atât la normali, cât şi la deficienţi, instalarea unor însuşiri specifice ale personalităţii cu tipologii adecvate care transpar în forme comportamentale diversificate. Aceste însuşiri ale personalităţii se structurează dihotomic, cu o organizare bipolară şi se conturează mai pregnant în cazul unor persoane accentuate sau a celor handicapate. ***Nucleul energiei psihice iradiază prin tipologia personalităţii şi prin comportamentul individului determinând, pe de-o parte, formele comunicaţionale, iar pe de altă parte, forţa şi direcţia comunicării. Efectele sunt reversibile ca urmare a faptului că în funcţie de modul cum se realizează comunicarea, de expectanţele subiectului cu privire la eficienţa acesteia asupra celor din jur şi de satisfacţia sau insatisfacţia ce o trăieşte – comportamentele se structurează şi se ierarhizează, tipologia personalităţii se consolidează şi se manifestă specific în toate împrejurările, iar energia psihică se reactivează şi nucleul se încarcă tensional.*** Aşa ne putem explica continuitatea în

devenirea personalității și dezvoltarea de modele specifice ale comportamentelor și comunicărilor prin care acesta se exteriorizează și se afirmă în planul sociocultural după un stil propriu.

G. Allport (1981) demonstrează că, în funcție de trăsăturile sau de variabilele tipologice mai puternice, un om este dominant față de altul, că oamenii aparțin unor tipologii diferite, așa cum sunt și excepții care nu pot fi încadrate în tipare bine delimitate. Aceste variabile enumerate de noi în schema prezentată ca fiind fundamentele (de bază) pentru diferențierea tipologică determină o diversificare comportamentală și comunicațională, contribuind la conturarea mai exactă a persoanei, a statutului și rolului ei social. Dacă interacțiunea dintre atitudini (vectori) și aptitudini (scheme operaționale) constituie dimensiunea centrală a personalității normale, după expresia lui P. Popescu-Neveanu (1977), și am adăuga noi, o stare de echilibru relativ în funcționalitatea celor două categorii de elemente, la deficienți corelația elementelor nu duce totdeauna la unitatea personalității făcând posibilă exacerbarea unor variabile tipologice ce favorizează exprimarea formelor comportamentale și comunicaționale aberante. Ele pot fi evitate prin compensarea și învățarea de atitudini și deprinderi care să răspundă unor împrejurări concrete de viață, ca și printr-o terapie corectiv-recuperatorie ce să se adreseze nu numai componentelor comportamentale și comunicaționale, ci întregii personalități. Rezultă, așadar, că performanțele ce pot fi realizate de un individ în dezvoltarea comunicării, personalității și comportamentului sunt dependente pe de-o parte, de calitatea nucleului ereditar al energiei psihice și pe de altă parte, de echilibrul relațional dintre cele trei componente și calitatea influențelor mediului înconjurător.

BIBLIOGRAFIE

- **Abric, J.C.**, (2002), *Psihologia comunicării*, Iași, Ed. Polirom.
- **Aimard, P.**, (1972), *L'enfant et son langage*, Willeurbanne, Simep.
- **Ajuriaguerra, J., Guignard, F.**, (1965), *Evolution et pragnose de la dysphasie chez l'enfant, Psychiatrie de l'enfant*, VIII, 319-453.
- **Alajouanine Th.**, (1968), *L'aphasie et le langage patologique*, Paris, J.B.Balliére et fils.
- **Alajouanine, Th. et Lhermitte, F.**, (1965), *Acquired aphasia in children*, Brain 88, 653-662.
- **Alajouannine, T., Ombredane, A., Durand,A.**, (1939), *Le syndrome de désintégration phonetique dans l'aphasie*, Paris, Masson.
- **Allport, G.**, (1981), *Structura și dezvoltarea personalității*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- **American Psychiatric Association**, (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washinton DC, APA.
- **Barbara, D.D.**, (1960), *The psychodinamic of stuttering*, in Barbara D.D., Psychological and psychiatric aspects of speech and Charles C., Tohmas Publ., Springfield, Illinois, pg. 363-385.
- **Beitchman, J.H., Jood, J.**, (1992), *Familial transmission of speech and language impairment preliminary investigation*, Jurnal Psychiatry, 151.
- **Beker, K., Sovak, M.**, (1975), *Lehrbuck der Logopädie*, Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- **Benton A.L.**, (1964), *Developmental aphasia and brain damage. Cortex (40-52).*

- **Benton, A.**,(2000), *Exploring the history of Neuropsychology*, Selected Popers, Oxford University Press.
- **Berendes, J.**, (1962), *Einführung in die Spracheilkunde.*
- **Bettelheim, B.**, (1967), *The Empty Fortress*, London, Collier-Macmillan.
- **Bleuler, E.**, (1950), *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, New York, P.U.F.
- **Bloodstein, O.**, (1960), *The development of stuttering: Changes in nine basic features*, Journal of speech and hearing disorders, 25.-
- **Bloodstein, O.**, (1987), *A handbook on stuttering*, Chicago, National Easter Society.
- **Bluemel, C.S.**, (1932), *Primary and secondary stammering*, Quart, Journal of speech, 18.
- **Bogdan I.C.**, (2001), *Foniatrie clinică, vocea*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
- **Borel-Maisonny, S.**, (1973), *Langage oral et écrit II, Epreuves sensorielles et tests de langage*, Paris, Editions Delachaux et Niestle.
- **Boşcaiu, Emilia**, (1983), *Bâlbâiala, prevenire şi tratament*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
- **Boşcaiu, Emilia, Nicoară, O.**, (1968), *Unele particularităţi ale respiraţiei la elevii cu bâlbâială clono-tonică*, în Probleme de defectologie, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
- **Botez, M.I.**, (1962), *Afazia şi sindroamele corelate în procesele expansive intracraniene*, Bucureşti, Ed. Academiei R.S.R.
- **Botez, M.I., Carp, N., Mihăilescu, L.**, (1968), *Prosody as a Means of Communication*, în: Aphasia, în RRN, nr. 3.
- **Bouton, C.P.**, (1976), *Le dévelopment du langage, Aspects normaux et pathologiques*, Paris, Masson
- British Journal of Developmental Psychology, Part 2, vol. 9, June, 1991.
- **Bruner, J., Feldman, C.**, (1993), *Theories of mind and the problem of autism*, în S. Baron-Cohen, H.Tager-Flusberg, Understanding Other Minds: Perspectives from Autism, Oxford University Press.

- **Burlea, Georgeta, Enache Angela Mariana, Zanfirache, Antoaneta** (2003), *Bâlbâiala, Manual de diagnostic şi terapie*, Chişinău, Ed. Tehnica-Info.
- **Busemann, A.**, (1966), *Psychologie des deficiences intellectuelles*, Paris, PUF.
- **Cameron, M.**, (2005), *Comunicarea prin gesturi şi atitudini*, Iaşi, Ed. Polirom.
- **Calavrezo, C.**, (1966), *Caracteristicile citirii şi scrierii copiilor bâlbâiţi*, în C. Păunescu, sub. red., Studii şi cercetări de logopedie, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică, pg. 136-154.
- **Carantină, D.**, (2004), *Problematica psiho-logopedică a tulburărilor de voce la copil*, în Revista de Psihopedagogie, nr. 2.
- **Chassagny, Cl.**, (1977), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, P.U.F.
- **Chassey, J., Brignone S.**, (2008), *Terapia comportamentală şi cognitivă a tulburărilor de ritm şi fluenţă*, Iaşi, Editura Polirom.
- **Collett, P.**, (2005), *Cartea gesturilor*, Bucureşti, Ed. Trei.
- **Cottraux, J.**, (1998), *Les thérapies comportementale set cognitives*, Masson, ed. a II-a.
- **Creţu, Verginia**, (2007), *Nevoile speciale ale persoanelor cu handicap vizual în domeniul tehnologiilor de acces*, în Revista de Psihopedagogie nr. 1.
- **Crithley, M.**, (1974), *Aphasia in Poliglots and Bilinguals*, Brain and Language, 1, (pg.15-27).
- **Dănilă,L., Golu, M.**, (2006), *Tratat de neuropsihologie*, vol. 2, Bucureşti, Editura Medicală.
- **DeMyer, M.K.**, (1976), *Motor Perceptual-Motor and Intellectual Disabilities of Autistic Children*. în Lorna Wing – op. cit.
- **Diatkine R., Favreau J.A.**, (1960), *Psychothérapies de la pratique courante*, în Encyclopedie Médicochirurgicale, vol. I, Psychiatrie, pg. 1.
- **Ebstein, E.**, (1915), *Das Valsalva-Morgagnische Gesetz: ein Beitragzur Vorgeschichte der Aphasie*, Deutsche Ztschr, Nervenh, 53.

- **Eeckhaut, J., Van Den et Estienne, Fr.**, (1977), *Diagnostics en otorhinolaringologie et en audiophonologie*, Bruxelles, Office International de Librairie.
- **Egland, G.O.**, (1963), *Repetition and prolongation in the speech of stuttering and nonstuttering children*, în Johnson W., Stuttering in children and adults, Univ.of Minnesota Press, Minneapolis, pg.181-189.
- **Eisenson, J.**, (1963), *Disorders of language in children*, Journel of Pediatrics, 63, 20-24.
- **Eisenson, J., Ingram, D.**, (1972), *Childhood aphasia – An updated concept base on recent research. Papers and Paports on Child Language Development*, 4 Acta Symbolica, vol.3.
- **Estienne, F.**, (1989), *Retard de langage, dysphasie et audimutité*, în Troubles du langage – diagnostic et rééducation, Bruxelles, Ed. P. Mardaga.
- **Fradis, A., Kreindler, A., Sen, A., Mihăilescu, B., Sevastopol, N.**, (1963), *Cercetări experimentale asupra atenţiei la afazici*, în Revista de psihologie, IX, nr. 3.
- **Frőeschels, E.**, (1931), *Lehrbuch der Sprachheilkunde*, Leipzig und Wien, F. Deuticke.
- **Froeschels, E.**, (1961), *New viewpoint on stuttering*, Folia Phoniatr. Nr. 13, pg. 187-201.
- **Gârbea Şt., Pitiş M.**, (1978),*Patologie vocală*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
- **Gârbea Şt., Cotul G.**, (1967), *Fonoaudiologia, fiziologia vocii vorbite şi cântate*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
- **Golu, M., Verza, E.**, (1970), *Consideraţii metodologice în legătură cu fenomenul de lateralizare şi influenţa lui asupra dezvoltării limbajului*, în Analele Universităţii Bucureşti, Seria Psihologie.
- **Guilford, J.P.**, (1967), *The nature of Human Intelligence*, New York, Mc. Grow Hill Book Company.
- **Guitar, B.**, (1975), *Reduction of stuttering frequency using analog electromyographic feedback*, Journal of speech and hearing research, 18.
- **Guttman, E.**, (1942), *Aphasia in children*, Brain, 65, 205-219.
- **Gutzmann, H.**, (1906), Das Stottern und reine grüdlicke Beseitigung, Berlin, Verlag, E. Staude, G. Auflage.
- **Haley, J.**, (1979), *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Paris, Thérapies-Delarge.
- **Hampden-Turner, Ch.**, (1990), *Atlas de notre cerveau. Les grandes voies du psychisme et de la cognition*, Maps of the mind, Paris.
- **Hecaen, H.**, (1976), *La contribution de l'hémisphère droit aux function du langage*, Lyon Medical, 236, 699-715.
- **Hecaen, H., Dubois J. et Anglelergues R.**, (1966), *Approches linguistiques des aphasiques*, Bulletin de Psychologie, 19, 720-743.
- **Hvatţev, M.** (1959), *Logopedia*, Moscova (traducere litografiată, Biblioteca Ministerului Educaţiei).
- **Hvatţev, M.E.**, (1961), *Logopediceskaia rebata a detmidoskolnogo vozresta*, Moskva, Ucipedgniz.
- **Iancu, I., Pampu, E.**, (1958), *Fiziologia analizatorului verbomotor la logonevrotici*, în Revista de psihologie, nr. 3.
- **Jakobson, R.**, (1968), *Child Language*, Aphasia and Phonological Universals, Mouton.
- **Johnson, W.**, (1964), *Stuttering and what you can do about it, Minneapolis, University of Minnesota Press.*
- **Kanner, L.**, (1943), *Autistic disturbances of affective contact*, Nerv. Child 2, 217.
- **Kerser Myra, Wight Jannet**, (1996), *How to Mange Communication Problems in Young Children*, London, D. Fulton Publishers.
- **Kreindler, A. Fradis, A.**, (1970), *Afazia*, Bucureşti, Ed. Academiei Republicii Socialiste România.
- **Lacombe, F.**, (2005), *Rezolvarea dificultăţilor de comunicare*, Iaşi, Ed. Polirom.
- **Launay, C.**, (1965), *Les retards d'elaboration du language sans déficient intellectuel, ni auditif, ni moteur*, Press Medicale, 73, 421-430.
- **Launay, C., Borel-Maisonny, S.**, (1972), *Les troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant*, Paris, Masson.
- **Leapedevski, S.S.**, (1961), *Nevropatologhia*, Moskva.
- **Lenneberg, E.H.**, (1967), *Biological foundations of langage*, New York: John Wiley and Sons.

- Lillo, J., (1986), *Les finalités et les modalités de la communication dans l'éducation des déficients auditifs*, în Bull, d'Audiophonologie, no. 1.
- Lovaas, O.I., (1978), *Parents as therapists*, În M. Rutter, E. Schopler (sub red.), Autism: a reappraisal of concepts and treatment, New York and London Plenum Press.
- Luchsinger, R., Arnold, G.E., (1959), *Lehrbuch der Stimm und Sprachheilkunde*, Wien, Sprienger-Verlag.
- Luria, A.R. (1963), *Restoration of function after brain injury*, New York: McMillan.
- Luria, A.R., (1978), *Les fonctions corticales supérieures de l'homme*, Paris, P.U.F.
- Meadow, K., (1968), *Early manual communication in relation to the deaf child's intellectual social and intellectual functioning*, in American Annals of the Deaf, 113.
- Miller, G.A., (1956), *Langage et communication*, Paris, P.U.F.
- Moldovan, I., (2006), *Corectarea tulburărilor limbajului oral, Presa universitară clujeană.*
- Moores, D., Moores Maestas, J., (1989), *Communication totale*, în J.A.Rondal, X. Seron (coord.), Troubles du langage, Liège-Bruxelles.
- Mureşan Cristina, (2004), *Autismul infantil. Structuri psihopatologice şi terapie complexă*, Cluj-Napoca, Ed. Presa Universitară Clujeană.
- Myklebust, H.M., (1971), *Progress in learning disabilities*, vol.2, New York: Grune and Stratton.
- Neagu, E., (1963), *Observaţii asupra răspândirii tulburărilor de vorbire la copiii de vârstă mică din oraşul Cluj*, în Probleme de defectologie III, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
- Ornitz, E.M., Guthrie, D. et Farly, A., (1972), *The early development of children*, Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 7, 207-229.
- Piaget, J., (1923), *Le langage et la pensée chez l'enfant*, Paris, Delachaux Niestle.
- Pichon, E., Borel-Maisonny, S., (1971), *Le begaiment. La nature et son traitement*. Paris, Ed. Masson.
- Pick, A., (1908), *Asymbolie, Ataxie, Aphasie*, Congr. Internat. Psychiat. Amsterdam.

- Piéron, M., (1957), *Vocabulaire de la psychologie*, Paris.
- Pollack, D., (1970), *Educational audiology for the limited hearing child*, Springfield, III, Charles C. Thomas.
- Popescu-Neveanu, P., (1978), *Dicţionar de psihologie*, Bucureşti, Ed. Albatros.
- Popescu-Neveanu, P., (1977), *Curs de psihologie generală*, Bucureşti, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
- Popovici, D.V., (2000), *Deyvoltarea comunicării la copiii cu deficienţe mintale*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.
- Predescu, V. (1989, sub red.), *Psihiatria*, vol. I, Bucureşti, Ed. Medicală.
- Pufan, C., (1972), *Probleme de surdopsihologie*, vol.I, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
- Rondal, J.A., (1975), *Dévelopment du langage et retard mental : une revue critique de la literature en langage anglaise*. L'Anée Psychologique,75, pg. 13-547.
- Rondal, J.A., Lambert, J.L., (1982), *Langage et arrieration mentale: Théorie, évaluation, intervention*. Neuchâtel: Delacroix et Niestlé.
- Rondal, J.A., Lambert, J.L., Chipman, H.H., Pastouriaux, F., (1989), *Arrieration mentale, in: Troubles du langage – diagnostic et rééducation*, Liège – Bruxelles.
- Rondal, J.A., Seron X., (coord.,1989), *Troubles du langage – diagnostic et rééducation*, Liège – Bruxelles.
- Rondal, J.A., Seron, X., Lambert, J.L., (1997), *Problematique de trouble, évaluation du langage et apport de la psycholingvistique*, în Troubles du langage – diagnostic et rééducation, Liege – Bruxelles, editor P. Mardaga.
- Rosetti, A., Lăzăroiu, A., (1982), *Introducere în fonetică*, Bucureşti, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică.
- Roşca, Mariana (1967), *Psihologia deficienţilor mintal*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
- Rutter, M., (1971, sub red.), *Infantile autism: Concepts, Characteristics and Treatment*, London, Churchill.
- Rutter, M., (1973), *The assessment and treatment of preschool autistic children*, Early Child Development and Care, 3, 13-29.
- Ryan, J., (1975), *Mental ubnormality and langage development*. In: E. Lenneberg et. E. Lenneberg (eds.)

Foundations of language development: a multidisciplinary approach (vol 2), New York, Academic Press, pg. 173-192.

- **Sarno, M.T.**, (1997), *Quality life in aphasia in the first poststroke year*, Aphasiology, 11, pg. 665-679.
- **Schilling, A.**, (1965), *Die Behandlung des Stotterns*, Basel şi New York, Folia Phoniatrica, vol. 17, nr. 4-6. ed. S. Karger, pg. 365-458.
- **Schopler, E., Reichler, R.J.**, (1980), *Individualizend assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children*, vol. I: Psychoeducational profile, Baltimore, University Park Press.
- **Schveiger, P.**, (1980), *Limbă şi vorbire în afazie*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.
- **Seeman, M.**, (1955), *Pornchy detske reci*, Praha.
- **Seeman, M.**, (1965), *Sprachstorungen beikindern, 2 Überarbeitete Auflage*, Berlin şi Jena, VEB Verlag und Gesundheit.
- **Seron, X.**, (1977), *L'aphasie de l'enfant. Quelques sans réponses*. Revue critique, Enfance, 2-4, 249-270.
- **Simon, Anne-Marie**, (2004), *Consiliere parentală, Prevenirea bâlbâielii şi cronicizării ei*, Iaşi, Editura Polirom.
- **Staats Arthur W.**, (1968), *Learning, language and cognition*, Holt Rinehart and Wiston.
- **Stuckless, E., Birch J.**, (1965), *The influence of early manual communication on the linguistic development of deaf children*, în American Annals of the Deaf, 11.
- **Şchiopu Ursula, sub. red.**, (1970), *Probleme psihologice ale jocului şi distracţiilor*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică, pg. 245.
- **Şchiopu Ursula, Verza E.**, (1981, reeditată şi adăugită, 1995, 1997), *Psihologia vârstelor*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
- **Şchiopu, Ursula** (1976), *Introducere în psihodiagnostic*, Bucureşti, Tipografia Universităţii din Bucureşti, ediţia a II-a..
- **Şchiopu, Ursula, Verza,E.**, (1989), *Adolescenţa – personaliate şi limbaj*, Bucureşti, Editura Albatros.
- **Tarneaud, J., Borel-Maisonny Sussane**, (1961), *Traité pratique de phonologie et de phoniatrie*, Paris, Librairie Maloine
- **Travis, L.E.**, (1957), The unspeakable feelings of people, with special reference to stuttering Handbook of pathology, New York.
- **Van Riper, C.**, (1963), *Speech correction principles and methods*, Ed. IV, Londra, Constable.
- **Van Riper, C.**, (1973), *The treatment of stuttering*, Englewood Cliffs, N.Y., Prentice Hall.
- **Vernon, M., Kock, S.**, (1970), *Effects of manual communication of deaf children's educational achievement, linguistic competence, oral skills, and psychological development*, în American Annals of the Deaf, 15.
- **Verstichel, P., Combier, J.**, (1996), *Afaziile*, în M.I. Botez, Neuropsihologie clinică şi neurologia comportamentului, ediţia a II-a, Bucureşti, Editura Medicală.
- **Verza, E.**, (1969), *Etape în educarea limbajului copiilor alalici*, în Studii de psihologie, Bucureşti, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
- **Verza, E.**, (1972), *Particularităţile psihoterapiei în reeducarea vorbirii şi personalităţii logonevroticului*, în Analele Universităţii Bucureşti, Seria psihologie.
- **Verza E.**, (1987), *Psihodiagnoza şi prognoza în defectologie*, în Revista de psihologie nr. 4.
- **Verza, E.**, (2004), *Diagnoza diferenţială în retardul verbal şi în disfazie*, Revista de psihopedagogie, nr. 2.
- **Verza, E.**, (1971), *Particularităţi ale structurilor verbale la debilul mintal*, în Analele Universităţii Bucureşti, Seria Psihologie.
- **Verza, E.**, (1972), *Particularităţile psihoterapiei în reeducarea vorbirii şi personalităţii logonevroticului*, în Analele Universităţii Bucureşti, Seria Psihologie.
- **Verza, E.**, (1973), *Conduita verbală a şcolarilor mici*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
- **Verza, E.**, (1977), *Dislalia şi terapia ei*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
- **Verza, E.**, (1990), *Unitatea dintre personalitate şi comportament pe fondul diversificării formelor comunicaţionale la handicapaţi*, În E. Verza (coord), „Elemente de psihopedagogia handicapaţilor", Bucureşti, Tipografia Universităţii din Bucureşti.

- Verza, E., (1992), *Dimensiunea interdependenței dintre personalitate, comportament și comunicare*, în Revista de psihologie, nr. 3, tomul 38.
- Verza, E., (1993), *Delimitări conceptuale în autism*, în Revista de educație specială, nr. 2.
- Verza, E., (2003), *Tratat de logopedie*, vol. I, București, Ed. Fundației Humanitas.
- Verza, E., (2004), *Evaluarea limbajului și intervenția terapeutică*, în Revista de Psihopedagogie, nr. 1, București, Ed. Fundației Humanitas.
- Verza, E., (2005), *Comunicarea totală*, în Revista de Psihopedagogie, nr. 2, București, Ed. Fundației Humanitas.
- Verza, E. F., (2004), *Afectivitate și comunicare la copiii în dificultate*, București, Ed. Fundației Humanitas.
- Verza, E., (1998), *Educația integrată a copiilor cu handicap*, Iași, Tipografia Multiprint.
- Verza, E., (2007), *Impactul afaziei asupra palierului psihic și comportamental*, în Revista de Psihopedagogie, nr. 2, Ed. Fundației Humanitas.
- Verza, E., Verza F. E., (2000), *Psihologia vârstelor*, București, Ed. Pro Humanitate.
- Verza F. E., (2004), *Afectivitate și comunicare la copiii cu deficiențe mintale*, București, Editura Fundației Humanitas.
- Vlasova, N.A., (1958), *Munca logopedului cu preșcolarii bâlbâiți*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- Voinescu, I., Vish, E., Sirian, S., Maretsis, M., (1976), *Aphasia in a poliglot* Academic Press.
- Voltera, V., (1978), *Problemi psicodinamici e psichoterapici nei saggettiaffeti da balbuzie*, La Nuova Clinica ORC, XXX, 303.
- Vrăsmaș Ecaterina, Stănică Cornelia, (1997), *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- Webster, W.G., (1989), *Sequence initriation performance by stutterers under conditions of response competition*, Brain Lang., 286.
- Weihs, T.J., (1989), *L'enfant différent*, Ed. Le trois arches.
- Wepman, J.M., (1951), *Recovery from aphasia*, New York, The Ronald Press Company.

- West, R., Kennedy, L., Carr, A., (1947), The Reabilitation of Speech, New York, London, Harper.
- Winegate, M.E., (1970), *Effect on stuttering of charges in audition*, Journal of speech and hearing research, 13, p. 861-873.
- Wing Lorna, (1989), *Epidemiology and Theories of Actiology*, in T.J.Weihs, L'enfant différent, Ed. Le trois arches.
- Wing, Lorna, (1976, sub. red.), *Early Childhood Autism*, ed. a II-a, London, Pergamon Press Ltd.
- Zazzo, R., (coord. 1979), *Debilitățile mintale*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- Zolog, A., (1997), *Afaziile; semiologie, neurolingvistică, sindromologie*, Timișoara, Editura Eurobit.
- Zuckrigl, A., (1966), *Wenn Kinder stattern*, Munchen-Basel, Ernest Reihardt, Verlang.